

El procés assistencial d'atenció a la cronicitat i la complexitat a la xarxa d'atenció primària

**Estratègia Nacional d'Atenció Primària i
Salut Comunitària (ENAPISC)**

Abril 2019



Alguns drets reservats

© 2019, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la [pàgina web de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita:

Direcció General de Planificació en salut

I edició:

Barcelona, abril de 2019

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL:

http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/plans_sectorials/pla_primaria_salut_comunitaria_enapisc/

Índex

1. MARC CONCEPTUAL DE L'ENAPISC	9
1.1 Introducció	9
1.2 Missió, visió i valors de l'ENAPISC	9
1.3 Objectiu i principis	10
1.4 Àmbits de transformació	10
1.4.1 Model organitzatiu	11
1.4.2 Usuaris	12
1.4.3 Professionals.....	13
1.5 Línies estratègiques	13
1.5.1 Fer de l'atenció primària l'eix vertebrador del sistema de salut.....	13
1.5.2 Fer un sistema de salut integrat i de continuïtat	13
1.5.3 Desenvolupar la salut comunitària per abordar les necessitats en salut i socials de les persones 14	
1.5.4 Aplicar les tecnologies de la informació i la comunicació	14
1.5.5 Garantir una atenció centrada en les persones i de proximitat.....	15
1.5.6 Oferir una atenció sanitària de qualitat i segura.....	15
1.5.7 Protecció i promoció del professionalisme a l'atenció primària i salut comunitària	16
1.6 L'ENAPISC: el nou marc per al desenvolupament de l'Estratègia d'atenció a la cronicitat complexa a Catalunya	17
2. OBJECTIUS DE L'ESTRATÈGIA.....	18
2.1 Aspectes a garantir a l'àmbit organitzatiu	18
2.2 Aspectes a garantir a l'àmbit de les persones amb necessitats complexes d'atenció	19
3. PERSONES EN LES QUALS ES FOCALITZA AQUESTA ESTRATÈGIA.....	21
3.1 Complexitat i final de vida: definició i dimensions	21
3.1.1 Dimensions de la complexitat en l'atenció a la salut	21
3.1.2 Malalties i condicions cròniques avançades, necessitats pal·liatives i identificació precoç del final de la vida.....	24
3.2 De la visió poblacional a la mirada individualitzada de les persones identificades com a PCC i amb MACA	25
3.2.1 Visió poblacional de les persones identificades com a PCC i amb MACA	25
3.2.2 Mirada individualitzada de les persones identificades com a PCC i amb MACA	26
4. MODEL D'ATENCIÓ: quatre etapes	27
4.1 Etapa 1: Identificació/cribratge poblacional de les persones que s'han de beneficiar de l'Estratègia	27
4.1.1 Identificació de les persones com a PCC	27
4.1.2 Identificació de les persones amb MACA.....	28

4.2	Etapa 2: Diagnòstic situacional (avaluació multidimensional i detecció de necessitats)	29
4.2.1	Avaluació multidimensional	29
4.2.2	Identificació de necessitats	30
4.3	Etapa 3: pla d'atenció integral, interprofessional i unificat	31
4.3.1	Presa de decisions compartida	32
4.3.2	Planificació de decisions anticipada (PDA)	32
4.3.3	Orientació als resultats que importen a les persones	33
4.3.4	Adequació de la intensitat terapèutica	33
4.3.5	Suport psicoemocional	33
4.4	Etapa 4: pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC)	34
5.	PROFESSIONALS I EQUIPS IMPLICATS EN L'ESTRATÈGIA	35
5.1	Professionals i equips referents: equip interdisciplinari bàsic	35
5.1.1	Equip interdisciplinari bàsic i de referència de la XAP	35
5.1.2	Altres professionals de la XAP	36
5.2	Altres professionals i equips de suport: pràctiques col·laboratives	38
5.2.1	Professionals d'atenció hospitalària i sociosanitària	38
5.2.2	Altres professionals de suport: professionals de rehabilitació, farmàcia clínica, podologia, nutrició, odontologia i psicologia	39
6.	ELEMENTS CLAU	39
6.1	Accessibilitat	40
6.1.1	Accés garantit als professionals de referència	40
6.1.2	Tràmits, contactes i programacions àgils	40
6.2	Dotació de professionals i mitjans per a una adequada capacitat resolutiva	40
6.2.1	Dotació de professionals	41
6.2.2	Dotació de mitjans	41
6.3	Treball en xarxa i pactes territorials de pràctiques col·laboratives	42
6.3.1	Model de gestió de cas	42
6.3.2	Pràctiques col·laboratives	43
6.3.3	Proactivitat i coordinació en les transicions entre nivells assistencials	43
6.3.4	Propostes específiques en l'atenció urgent 7x24	45
6.4	Enfocament comunitari	46
6.4.1	Sistema de salut al servei de les necessitats de la comunitat (connectar sistemes de salut i necessitats comunitàries)	46
6.4.2	Actius comunitaris i recursos locals al servei de les necessitats de la comunitat	46
6.4.3	Prescripció social	47
6.5	Integració de l'atenció social i sanitària a la XAP	47

6.5.1	Atenció integrada social i sanitària a domicili (no residencial)	48
6.5.2	Atenció integrada social i sanitària a les residències assistides	48
6.6	Model d'atenció farmacèutica per a persones identificades com a PCC i amb MACA a la XAP	50
6.6.1	Àrea del medicament d'atenció primària.....	50
6.6.2	Farmàcia comunitària.....	50
6.6.3	Model d'atenció farmacèutica a les residències	51
6.7	Formació, recerca i innovació	52
6.7.1	Formació dels professionals	52
6.7.2	Recerca i innovació.....	54
6.8	Tecnologies de la informació i monitoratge de resultats	55
6.8.1	Tecnologies de la informació.....	55
6.8.2	Monitoratge de resultats.....	57
7.	BIBLIOGRAFIA	59
	Acrònims utilitzats.....	64

Responsables institucionals de la Comissió Tècnica d'Atenció a la Cronicitat i Complexitat

Cristina Nadal Sanmartin. Directora de l'Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut.

Sebastià J Santauegènia González. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Departament de Salut

Maria Josep López Dolcet. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut

Marta Gabernet Foix. Regió Sanitària Lleida. Servei Català de la Salut

Francesc Güell Viaplana. Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut

Cristina Casanovas-Guitart. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Departament de Salut

Coordinadors clínics de la Comissió Tècnica d'Atenció a la Cronicitat i Complexitat

Jordi Amblàs Novellas. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Departament de Salut

Dani Gómez García. Servei d'Atenció Primària Delta-Litoral. Institut Català de Salut

Núria Gutiérrez Jiménez. Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Centre. Institut Català de Salut

Glòria Jodar Solà Equip d'Atenció Primària Sant Andreu de la Barca. Institut Català de Salut

Coordinació tècnica de la Comissió Tècnica d'Atenció a la Cronicitat i Complexitat

Enric Heras Aledo. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Departament de Salut

Anna Puente Arias. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Departament de Salut

Mireia Leal Negre. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Departament de Salut

Andrea Ramírez González. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut

Jordi Sospedra Losada. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut

Autors de la Comissió Tècnica d'Atenció a la Cronicitat i Complexitat

Jordi Amblàs Novellas

Glòria Jodar Solà

Anna Aran Solé

Mireia Leal Negre

Ingrid Bullich Marín

Esther Limón Ramírez

Emili Burdoy Joaquín

Sara Pablo Reyes

Cristina Casanovas-Guitart

Sònia Pérez López

Elisabet Carrera Alfonso

Josep M. Picaza

Francisco Cegri Lombardo

Pilar Piñeiro Méndez

Amaia Epelde Azcue

Ana Puente Arias

Marta Expósito Izquierdo

Pepita Rodríguez Molinet

Marta Gabernet Foix

Isabel Rosich Martí

Dani Gómez García

Mireia Rusiñol Turu

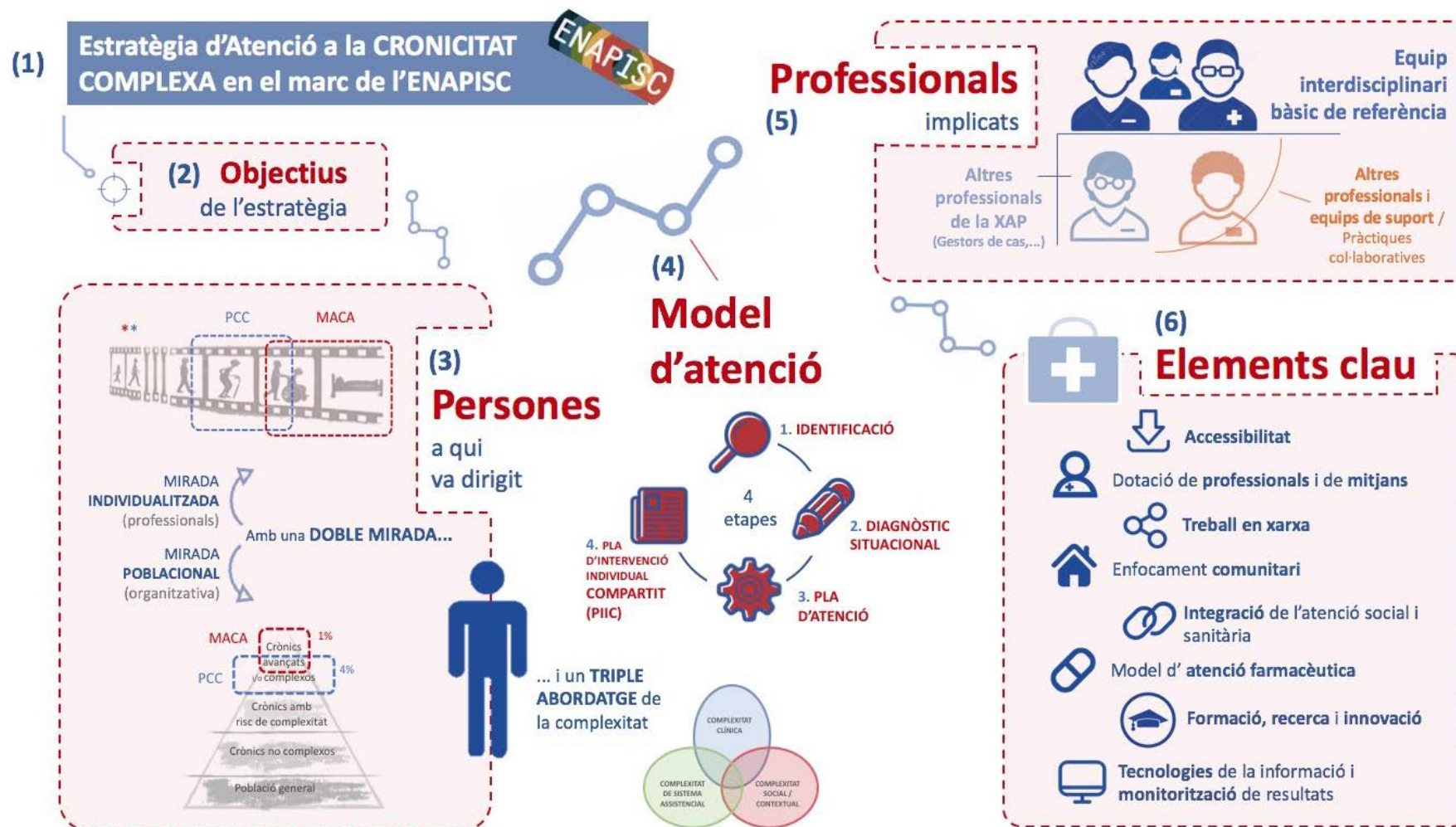
Francesc Güell Viaplana

Sebastià Santauegènia González

Núria Gutiérrez Jiménez

Ana Vena Martínez

RESUM VISUAL



RESUM EXECUTIU

A QUI VA DIRIGIT AQUEST DOCUMENT I QUIN OBJECTIU TÉ?

- Va dirigit a **tots els professionals** dels equips d'**atenció primària**, tant als de perfil assistencial com als qui tenen responsabilitats organitzatives.
- L'objectiu principal és descriure els **elements clau en l'atenció a les persones** amb condicions cròniques i necessitats complexes d'atenció (o pacients crònics complexos, és a dir, **PCC**) i a les persones amb necessitats pal·liatives (i amb malalties/condicions cròniques avançades, és a dir, amb **MACA**).

PER QUÈ ÉS IMPORTANT?

- Perquè defineix les bases de l'atenció a les persones identificades com a PCC i amb MACA des d'un model d'**atenció centrada en la persona**, amb una **dobla mirada**: la mirada individualitzada dels professionals –imprescindible per garantir la personalització de l'atenció–, i la mirada poblacional –necessària per al disseny organitzatiu de l'atenció a aquestes persones–.
- Perquè proposa **respostes concretes** al repte de la complexitat, des de les seves vessants clínica, social/contextual i de sistema assistencial, i al repte del final de vida, des d'una perspectiva àmplia.
- Perquè reafirma el **paper central i de lideratge de l'atenció primària** en el cas de les persones identificades com a PCC i amb MACA, fent èmfasi també en la necessitat de definir **pràctiques col·laboratives** amb la resta dels actors que intervenen en l'atenció d'aquestes persones, tant els sanitaris com els socials.

COM S'HA DE DUR A TERME?

- Utilitzant un **model d'atenció** centrada en la persona, basat en l'evidència, amb vocació pragmàtica i consensuat amb els professionals.
- Definint de forma específica quin és el **rol dels professionals i dels equips** com a element fonamental per garantir el model d'atenció.
- Fent propostes concretes sobre els **elements clau**.

QUIN ÉS L'IMPACTE ESPERAT?

- La **millora dels resultats** d'atenció des d'una quàdruple perspectiva:¹
 - De **salut i benestar** de les persones ateses
 - D'**experiència** d'atenció rebuda per part de les **persones ateses** i els **cuidadors**
 - D'**experiència** d'atenció prestada pels **professionals**
 - D'adequació de la **utilització dels serveis i eficiència**

1. MARC CONCEPTUAL DE L'ENAPISC

1.1 Introducció

Catalunya disposa d'un sistema sanitari d'accés universal, amb uns bons resultats en salut i en qualitat de vida, que la situen entre les primeres posicions dels països desenvolupats. No obstant això, la situació actual es caracteritza pel creixent envelliment de la població. El desenvolupament tecnològic, els avenços terapèutics i sobretot la millora de la qualitat de vida de les persones han donat lloc a una millora de la supervivència, i en conseqüència a un augment del nombre de persones amb trastorns crònics i discapacitats.

El repte d'assumir aquesta nova realitat per mantenir uns serveis d'excel·lència requereix una adaptació i una transformació del model d'atenció primària, eix vertebrador del sistema de salut, que respongui als reptes actuals i de futur.

Aquesta transformació ha de permetre que se superin les conseqüències de la recent crisi econòmica, com són la repercussió en l'augment de les desigualtats socials en salut de la població, que ha provocat la necessitat creixent d'atendre de manera integral problemes de salut i socials, així com també l'afectació de les condicions laborals dels professionals sanitaris del sistema públic, que a l'atenció primària, a més, es complementa amb la manca d'alguns grups de professionals, amb una limitació en la consideració sanitària dels professionals administratius i treballadors socials i amb una tendència a l'alça del nombre de visites, amb l'augment de la pressió assistencial.

L'ENAPISC neix per donar continuïtat a la línia de reforma i innovació constant de l'atenció primària a Catalunya: amb un primer impuls entre 1985 i 2005 i diverses iniciatives del Departament de Salut des d'aquella data. Així mateix, el [Pla de salut de Catalunya 2016-2020](#), dins de la línia estratègica adreçada a l'atenció accessible, resolutiva i integral, proposa el desenvolupament i la implantació progressiva d'un nou model d'atenció primària i salut comunitària.

1.2 Missió, visió i valors de l'ENAPISC

La **missió** de l'ENAPISC és impulsar un nou model de l'atenció primària i salut comunitària fonamentat en el concepte integral de salut, que inclogui els seus determinants socials i que la consolidi com l'eix vertebrador del sistema públic de salut, per contribuir a resoldre les necessitats de les persones des de la proximitat, atenent a la realitat del seu entorn.

La **visió** del nou model d'atenció primària i salut comunitària busca una **orientació salutogènica, centrada en la persona, integrada i deliberativa en la presa de decisions** compartides, cuidant de la **protecció i promoció del professionalisme** com a valor principal que garanteixi la **qualitat de l'atenció**, i fomentant la participació ciutadana com a un instrument per afavorir l'apoderament de les comunitats.

Els **valors** que adopta l'ENAPISC s'inspiren en els valors més coincidents que sorgeixen dels actuals plans estratègics d'equips d'atenció primària i salut comunitària de Catalunya i dels documents dels diferents

grups de treball que han participat en el Pla: **equitat, treball en equip, cooperació, compromís, qualitat, solidaritat, vocació de servei públic, ètica, transparència i universalitat.**

1.3 Objectiu i principis

L'ENAPISC té com a objectiu principal enfortir l'atenció primària i la salut comunitària i consolidar-la com a **eix vertebrador del sistema sanitari públic.**

Els principis clau de l'Estratègia són els següents:

- Potenciar l'**orientació comunitària** com una estratègia de generació de salut i de lluita contra les desigualtats en salut.
- Garantir un model biopsicosocial d'atenció i **centrat en la persona.**
- Respondre als **canvis demogràfics** i a l'augment de la multimorbiditat.
- Garantir la **qualitat** i la **seguretat** en l'atenció a les persones.
- Abordar les desigualtats amb **equitat** territorial i **sostenibilitat** del sistema públic.
- Consolidar els lideratges **professionals** i fomentar la participació de la **ciutadania.**

1.4 Àmbits de transformació

Per fer possible la **visió** del projecte del nou model són imprescindibles les transformacions en tres àmbits: en els **models organitzatius** actuals, en la implicació directa dels **professionals** i en l'enfocament de les **persones** com a centre de tota l'Estratègia. Aquests canvis es recullen en la següent definició de set línies estratègiques (figura 1).

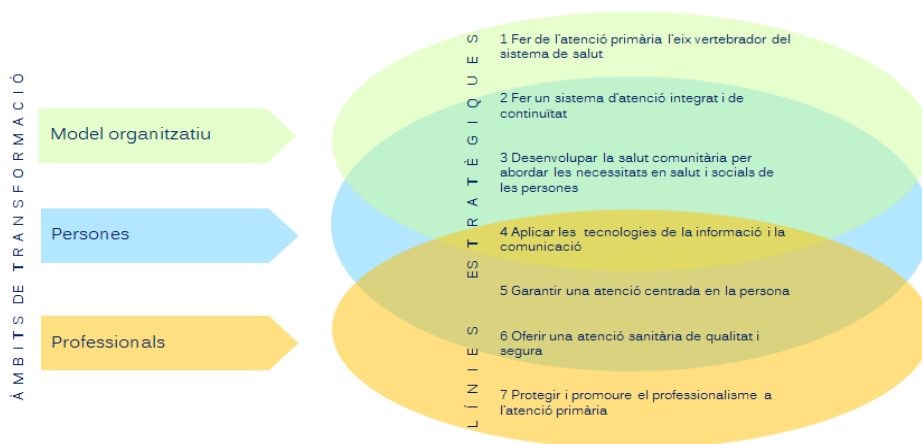


Figura 1. ENAPISC: àmbits de transformació i línies estratègiques

1.4.1 Model organitzatiu

Amb l'objectiu de poder garantir diferents línies estratègiques del nou model, cal que existeixi una transformació de l'actual sistema organitzatiu de l'atenció primària, que passa per adaptar l'actual estructura augmentant el perímetre d'influència de l'atenció primària i salut comunitària. Com a element clau de transformació organitzativa, el nou model proposa les **xarxes integrals d'atenció primària i comunitària (XAP)** per a un àmbit territorial, com els òrgans que han de vetllar per la implementació del nou model organitzatiu, el treball integrat entre els diferents serveis i equips comunitaris, la dotació adequada de recursos i equipaments, les capacitats dels professionals i l'avaluació territorial dels diferents processos assistencials que s'hi desenvolupin.

Aquesta nova estructura amplia el perímetre de lideratge i interacció de l'atenció primària i salut comunitària incloent-hi, a més dels actuals equips d'atenció primària, altres equips i serveis que atenen les persones en el seu entorn de proximitat (figura 2), de manera que es garanteixi una cartera de serveis homogènia a tot el territori que comprèn la XAP.

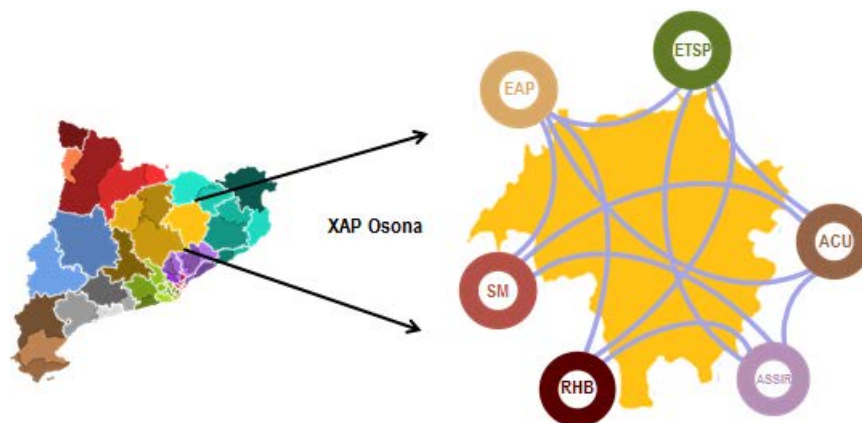


Figura 2. Estructura de la xarxa integral d'atenció primària i comunitària (XAP)

La XAP és la nova base territorial que inclou els serveis que es donen als EAP (atenció a adults, pediatria, treball social i salut bucodental), els serveis que presten els equips territorials de salut pública (ETSP), els serveis que atenen la salut sexual i reproductiva (ASSIR), els serveis de salut mental i addiccions, tant d'atenció als adults (CSMA) com als infants i joves (CSMIJ) i addiccions (CAS), els serveis d'atenció en rehabilitació (RHB) i els serveis d'atenció continuada i urgent (ACU) o serveis 7x24.

A Catalunya, existeix una gran diversitat territorial pel que fa a la provisió de serveis i l'autonomia de gestió dels equips. Aquest fet enriqueix la nostra realitat assistencial i permet una millor adaptació a les diferents realitats poblacionals i de distribució de recursos de cada territori. És per això que la manera d'implementar l'Estratègia (el "com") ha d'adaptar-se a la diversitat territorial.

La XAP és l'eina que ha de facilitar:

- El reconeixement i la consolidació del **lideratge de l'atenció primària** en el desenvolupament del model i l'apoderament de les persones i dels professionals
- La **integració de serveis**, incloent-hi també l'atenció hospitalària, sociosanitària i els serveis socials, adequant-los a les **necessitats de les persones i la comunitat**

- El **treball en equip** interdisciplinari, col·laboratiu amb altres serveis i àmbits (social, sanitari i comunitari)
- L'equitat i qualitat en la **cartera de serveis**
- La bona adequació de la **dotació** d'equips i serveis
- L'increment de la **resolució en l'abordatge dels processos**
- La **innovació** mitjançant la promoció de la **investigació**, la **recerca** i la **docència**

La missió de la XAP és donar suport als professionals per tal que es dugui a terme un **treball en xarxa** que faciliti la **interacció contínua, fluida, ràpida i transversal entre les organitzacions**, i que permeti la sortida de les estructures verticals i dels edificis. La xarxa no s'ha d'organitzar per nivells, sinó que les **sinergies s'han de generar dins d'una interacció horitzontal** on l'estructura no sigui limitadora i la confiança entre els serveis i les professions es maximitzi.

Es necessita una nova **estructura organitzativa capaç de construir xarxes comunitàries interdependents i basades en la complementarietat, l'autonomia de les persones i en la confiança mútua**¹ evitant models piramidals descendents, que són menys eficients i poc adaptables als canvis i als entorns complexos.

Per assolir aquest canvi de paradigma, cal **assegurar un acompanyament en el procés de canvi de l'Administració envers tots els serveis sanitaris i socials** garantint que les mesures organitzatives que esuguin a terme responguin a les preferències, valors i necessitats des d'una perspectiva global i, al mateix temps, donant autonomia de decisió i adequació. Per aconseguir-ho, és cabdal que hi hagi una estreta coordinació de la XAP amb la resta dels àmbits assistencials del territori.

El **lideratge assistencial de la XAP ha d'inspirar i ha de legitimar noves formes de treballar** perquè l'Estratègia es converteixi en un conjunt d'accions reals que arribin a les persones que ho necessiten. Els professionals i els gestors han de superar les dificultats que frenen el potencial i compromís de tota la xarxa. Així, **a la direcció executiva de la XAP li correspon promoure els acords i compromisos que facin possible l'assoliment d'aquests objectius** i que facilitin que els professionals puguin treballar en un model d'atenció integrada.

1.4.2 Usuaris

L'ENAPISC posa les **persones en el centre del sistema**, amb l'objectiu de millorar-ne la salut, qualitat de vida i benestar, respectant-ne la dignitat i els drets, així com les necessitats, preferències, valors i experiències, i tot això comptant amb la seva participació activa com a iguals en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció.

Per acompanyar aquest canvi de paradigma, des de la perspectiva de la salut cal abordar la participació a tres nivells diferents:

- Al nivell de proximitat, amb vinculació a la salut individual de les persones, posant l'èmfasi en la corresponsabilitat i la codecisió ben informada, impulsada amb **instruments com ara les decisions compartides** i els plans de **decisiones anticipades**, entre altres.

- A un nivell més ampli, amb l'objectiu de millorar els serveis de salut als centres i les comunitats, potenciant **l'acció comunitària amb participació ciutadana** i la millora dels serveis amb la inclusió de la visió de la comunitat de referència.
- A un nivell encara molt més ampli, per tal d'incorporar cada cop més la ciutadania en l'elaboració de les polítiques i estratègies de salut, a través del Consell Assessor de l'ENAPISC.

1.4.3 Professionals

Els professionals constitueixen, sens dubte, la peça clau per portar a terme el canvi i, per aquest motiu, el nou model té la cura del professionalisme i del seu desenvolupament com a fita principal per garantir la qualitat de l'atenció i així està descrit en la visió de l'ENAPISC.

L'ENAPISC ha d'impulsar l'adequada **dotació de professionals**, la seva **autonomia de gestió**, la millora en les **condicions laborals**, el desenvolupament professional, la **formació i capacitat** en les habilitats en relació amb les diferents estratègies i plans del Departament de Salut, així com el **reconeixement** de l'atenció primària i salut comunitària tant en l'àmbit social com en el sanitari.

1.5 Línies estratègiques

1.5.1 Fer de l'atenció primària l'eix vertebrador del sistema de salut

Perquè l'atenció primària i comunitària garanteixi tot el procés assistencial dels usuaris, és necessari que es parli del **nou model d'assignació de recursos** ajustats a les necessitats de cada comunitat, revertint la tendència decreixent del pressupost d'atenció primària que s'ha donat en els darrers anys i augmentant la dotació de professionals per garantir resultats assistencials de millora dels indicadors de salut de la població. A més, es vol potenciar l'**autonomia de gestió** com a eina d'impuls d'innovació organitzativa dels equips i serveis i que hi hagi una coordinació directa entre les direccions dels equips i serveis d'atenció a la comunitat i la direcció de la XAP.

Els **objectius operatius** d'aquesta línia estratègica són els següents:

- Millorar l'equitat en la distribució de recursos per respondre a les necessitats de la població.
- Augmentar la dotació dels professionals.
- Millorar les condicions del treball.
- Potenciar l'autonomia de gestió.
- Augmentar el lideratge de l'atenció primària en els processos assistencials clau i esdevenir-ne la referència de les persones i la principal coordinació dels diferents actius que hi intervenen, amb una nova organització territorial.

1.5.2 Fer un sistema de salut integrat i de continuïtat

Per aconseguir aquest objectiu i fer-lo factible i adaptable a tot el territori, és imprescindible que es defineixin, s'implementin i s'avaluïn de manera homogènia els diferents processos assistencials clau que es portin a terme des de la proximitat. A més, l'ENAPISC ha de garantir la integració assistencial, de serveis i de professionals entre l'àmbit hospitalari i el sociosanitari. És per això que en aquesta línia estratègica

és important que es treballi amb les comissions tècniques (CT) i que s'enllacin amb els objectius i les línies estratègiques dels diferents plans directors del Departament de Salut.

Els **processos assistencials clau** que es defineixen en aquesta línia estratègica són: la **prevenció i promoció** de la salut, l'atenció **pediàtrica**, la **cronicitat i complexitat**, l'atenció **continuada i urgent**, l'atenció **domiciliària**, l'abordatge **comunitari** des dels serveis assistencials, l'atenció a la **salut bucodental**, l'atenció a la **salut sexual i reproductiva**, la **salut mental i addiccions** i la **rehabilitació**.

L'ENAPISC, a través dels documents específics de cada comissió tècnica, defineix els models d'atenció per a cadascun dels processos assistencials clau. Aquests processos s'interrelacionen entre sí i amb la resta de determinants de salut. Això fa que, per aconseguir un abordatge centrat en les persones i d'acord amb la realitat de l'entorn, siguin necessaris:

- La detecció proactiva de les necessitats de les persones.
- L'activació dels recursos (sanitaris i no sanitaris) adequats.
- Els espais de planificació i atenció compartides (espais PIAC) que garanteixin el **contínuum assistencial** i evitin la fragmentació.
- La conducció de les transicions de les persones dins del sistema.
- L'autonomia de gestió organitzativa per implementar el model d'acord amb les característiques específiques del territori.
- L'avaluació homogènia del procés.

1.5.3 Desenvolupar la salut comunitària per abordar les necessitats en salut i socials de les persones

Per abordar aquesta línia, el Departament de Salut disposa, d'una banda, del Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública (PINSAP) i, de l'altra banda, hi ha totes les experiències de salut comunitària, com el projecte COMSalut. L'ENAPISC ha d'impulsar aquesta línia estratègica a través d'una metodologia de treball en salut comunitària estàndard per a tot el territori elaborada per la Comissió Tècnica de Salut Comunitària .

Els **objectius operatius** d'aquesta línia estratègica són:

- Impulsar programes amb orientació comunitària des de l'atenció primària.
- Abordar les desigualtats socials en salut des d'una perspectiva d'equitat.

1.5.4 Aplicar les tecnologies de la informació i la comunicació

L'ENAPISC promou la integració dels sistemes d'informació per tal que permetin una millor presa de decisions clíniques i avaluació homogènia a tot el territori, i que garanteixin la integració de la informació entre els nivells assistencials, proveïdors de salut i socials. A més, han d'estar orientades al servei de les persones per poder participar amb l'aportació de dades, tenir accés a la seva informació d'una manera entenedora i intervenir en els seus processos, tant de manera presencial com de manera telemàtica, amb eines que així ho permetin.

Els **objectius operatius** d'aquesta línia estratègica són els següents:

- Fomentar l'ús de les TIC per posar-les al servei de la comunicació interprofessional i entre els professionals i els usuaris (e-Consulta, La Meva Salut, etc.).
- Treballar per a un sistema d'informació únic (ECAP) en l'àmbit de l'atenció primària a tot el territori.
- Garantir la interoperabilitat dels sistemes d'informació dels diferents nivells, serveis i proveïdors (compatibilitat perquè els sistemes puguin compartir la informació).

1.5.5 Garantir una atenció centrada en les persones i de proximitat

Aquesta línia inclou objectius orientats a complir els requeriments necessaris per realitzar una atenció centrada en les persones, a través d'eines que fomentin l'alfabetització en salut, així com la corresponsabilitat i el foment de l'autocura de la ciutadania i la capacitat dels professionals per implicar els usuaris en les decisions que afecten la seva salut, promovent la presa de decisions compartides a la pràctica habitual dels serveis de la XAP.

Els **objectius operatius** d'aquesta línia estratègica són els següents:

- Corresponsabilitzar i fomentar l'autonomia en salut de les persones.
- Promoure la presa de decisions compartides.



Figura 3. Atenció centrada en la persona (ACP)

1.5.6 Oferir una atenció sanitària de qualitat i segura

L'ENAPISC defineix una **nova cartera de serveis** que s'estructura des dels processos assistencials clau, n'estableix les funcions dels professionals i dels nous rols professionals (com ara els gestors sanitaris) i la descripció de les prestacions i dels procediments (administratius, diagnòstics i terapèutics) i hi promou la utilització de noves tecnologies. S'elaboren dos nivells de cartera de serveis: la bàsica, comuna per a tots els EAP, i l'avançada, en l'àmbit de la XAP i amb més capacitat de resolució. Els objectius de la nova cartera són els de respondre a les necessitats de les persones, millorar la resolució de l'atenció en els processos

assistencials clau, reduir la variabilitat clínica evitable, promoure la integració de serveis i garantir l'equitat territorial, l'atenció en proximitat i la sostenibilitat del sistema públic.

El nou model aposta per l'**acreditació i avaluació en qualitat i seguretat dels pacients** que impulsa el Departament de Salut i fa extensiu el model d'acreditació dels equips d'atenció primària a la resta dels equips d'atenció inclosos a la XAP i a la mateixa organització del model, com a eina de qualitat del sistema i de seguretat dels pacients. La nova cartera ha de permetre que es desenvolupi un sistema d'avaluació i millora continua amb la implicació dels professionals.

Els **objectius operatius** d'aquesta línia estratègica són els següents:

- Garantir una cartera de serveis de qualitat.
- Garantir uns serveis d'excel·lència a l'atenció primària.

1.5.7 Protecció i promoció del professionalisme a l'atenció primària i salut comunitària

L'ENAPISC vol promoure la **professionalització sanitària** dels administratius, auxiliars administratius i treballadors socials dels equips, vol reconèixer l'especialitat d'infermeria familiar i comunitària, com a via preferent per exercir la professió d'infermeria als equips d'atenció primària, i vol potenciar nous rols de professionals integrats o consultors activats per a l'atenció primària d'acord amb les necessitats dels usuaris.

Per aconseguir més implicació dels professionals, és imprescindible que se'n millorin les condicions laborals, de manera que augmenti la satisfacció i la qualitat de vida en l'entorn laboral, i que s'incrementi la participació en les dinàmiques de l'equip. I també cal que es fomenti l'autonomia de gestió dels professionals establint mecanismes participatius per a l'elecció dels directors dels equips i serveis i a través de l'autogestió de l'agenda i la flexibilització horària amb corresponsabilització.

Els **objectius operatius** d'aquesta línia estratègica són els següents:

- Manteniment i millora de la capacitat professional.
- Nous rols de professionals i evolució dels actuals.
- Donar el valor que correspon als professionals i fomentar la retenció de talent a l'atenció primària.
- Fomentar la participació i l'autonomia dels professionals.

1.6 L'ENAPISC: el nou marc per al desenvolupament de l'Estratègia d'atenció a la cronicitat complexa a Catalunya

La societat catalana es troba en un moment d'eclosió epidemiològica en el qual està augmentant el nombre de persones grans amb multimorbiditat,²⁻⁴ —moltes de les quals tenen malalties i condicions cròniques avançades—⁵ i necessitats complexes d'atenció. Ara aquest ja és de fet un dels reptes més importants per al sistema de salut català:^{6,7} tant **per a les organitzacions i per a les polítiques sanitàries i socials com per als professionals** —que han de fer front al desafiament de la complexitat derivada de la dificultat de respondre a les necessitats assistencials, i els costos d'atenció que això implica—, com també **per als professionals de la salut**, que han d'excel·lir en l'abordatge de la complexitat derivada de la dificultat per a la presa de decisions per a aquestes persones i amb aquestes persones.

Davant d'aquesta realitat, l'àmbit de l'**atenció primària (AP)** ha de reafirmar el seu paper **absolutament central i vertebrador** i s'ha d'erigir en el garant d'un model d'atenció que ha de ser necessàriament centrat en les persones i en el seu entorn cuidador, i amb el compromís que les persones amb condicions cròniques i necessitats complexes d'atenció constitueixin un dels principals centres d'interès de tots els agents de la xarxa d'atenció primària (XAP). “Situat la persona al centre” ha de voler dir, també, que es va un pas més enllà de la cooperació i coordinació entre els professionals, i ha de significar que es respon a les necessitats complexes d'atenció mitjançant un **treball en xarxa liderat per l'atenció primària i integrat** per tots els actors implicats en l'atenció a aquestes persones. En aquest context, l'**ENAPISC** té com a missió **impulsar una nova reforma de l'AP** fonamentada en el concepte integral de salut, que n'inclogui els determinants socials, que contribueixi a resoldre les necessitats de salut de les persones, de la proximitat a la realitat del seu entorn.

Mitjançant aquest document, el **Servei Català de la Salut** té l'objectiu de concretar les directrius del **Pla de salut** en matèria d'atenció a les persones amb condicions cròniques i necessitats complexes d'atenció en l'àmbit d'atenció primària i salut comunitària. Aquest treball és fruit de la tasca del grup d'experts participants de la **Comissió Tècnica d'Atenció a la Cronicitat Complexa de l'ENAPISC**, i de les aportacions d'un **gran nombre de professionals** d'atenció primària que han participat en la seva fase de socialització. Els seus continguts han estat alineats també amb la resta d'estratègies del Departament de Salut, especialment amb la del **Pla director d'atenció a la gent gran i a la cronicitat**. Aquest document s'adreça a les direccions dels sectors sanitaris, als professionals de les XAP, a les direccions i els professionals dels proveïdors i als líders clínics, que junts són els encarregats de promoure aquest canvi de model d'atenció.



2. OBJECTIUS DE L'ESTRATÈGIA

L'Estratègia d'atenció a la cronicitat complexa en el marc de l'ENAPISC té com a objectiu, mitjançant els recursos d'atenció primària i comunitària del territori (XAP), **que es garanteixi una resposta assistencial individualitzada i centrada en les persones** amb condicions cròniques i necessitats complexes d'atenció (PCC) i/o en situació de malaltia crònica avançada (MACA).

2.1 Aspectes a garantir a l'àmbit organitzatiu

En totes les xarxes d'atenció primària s'han de garantir els aspectes següents:

- **Identificació de recursos socials i sanitaris de la XAP** amb l'objectiu de respondre de manera adequada a les necessitats de les persones en situació de complexitat. Elaborar i actualitzar periòdicament un mapa de recursos sanitaris, socials i del tercer sector del territori.
 - **Avaluació de la implementació** d'accions de transformació de l'atenció, mitjançant el seguiment periòdic dels indicadors de resultats dels serveis a l'àmbit de la XAP, recollint noves accions i necessitats de les persones i incorporant-les-hi.
- **Promoció i millora del treball interdisciplinari entre nivells assistencials i entre proveïdors** per desenvolupar una gestió clínica integrada. Creació d'una cultura i una relació de confiança entre els proveïdors i professionals.
 - Disposar d'un consens de circuits territorials d'atenció per a aquestes persones sobre la base de les **rutes territorials d'atenció a la complexitat** ([*Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat*](#)). Assegurar i vetllar per l'actualització i la implementació de les rutes assistencials de complexitat territorials, que es puguin consultar de manera àgil, i amb objectius i accions implantables a curt i a mitjà termini, i promoure que s'hi incorporin eines d'intercomunicació via iS3 i àmbits d'e-treball compartits.
 - Generar contextos de treball interdisciplinari i entre nivells assistencials (espais de discussió i avaluació conjunta de casos, com ara sessions clíniques, conferències de cas, etc.) que permetin el treball coordinat i la integració de l'atenció.
- **Promoció del lideratge de l'atenció primària i del lideratge professional** en la implementació de l'Estratègia d'atenció a les persones amb necessitats complexes a la XAP. Provisió de la **formació específica** per als líders clínics amb la finalitat d'aconseguir-ho.
 - Identificació de lideratges en tot els nivells del procés assistencial, encapçalats per l'atenció primària però amb estreta col·laboració amb l'atenció hospitalària i sociosanitària, amb una gestió clínica integrada i longitudinal en tot el procés assistencial.
- **Foment de consensos territorials per a la coordinació i realització d'avançaments progressius en la interacció de les organitzacions de serveis sanitaris, serveis socials** i d'altres, si s'escau, amb l'objectiu de garantir una bona atenció integral i centrada en la persona, i una adequada utilització dels recursos del territori.

- **Promoció de les experiències d'integració funcional** de les atencions primàries de salut i social que afavoreixin, entre d'altres, aspectes com la prescripció de prestacions socials dins dels plans terapèutics de les persones amb necessitats complexes d'atenció, la derivació a recursos com ara els centres de dia, llits per a urgències socials en situacions de complexitat, i serveis d'ajuda a domicili de resposta ràpida.
- **Promoció de les experiències territorials d'intercanvi d'informació** entre ambdós àmbits per tal de disposar del màxim coneixement de les necessitats de les persones i d'un abordatge integrat.
- Dret a la **participació voluntària**, informació i apoderament de les persones amb complexitat en el disseny i prestació d'aquests serveis en un entorn de **codisseny i cocreació**. Obrir canals de participació ciutadana i treballar amb tots els agents comunitaris per aconseguir una relació fluida amb els ajuntaments i les entitats socials (especialment amb les associacions d'afectats per patologies i amb familiars) i estimular la cooperació.
- **Dotació als centres de mitjans tècnics** suficients per garantir la **capacitat resolutiva** i donar la millor atenció possible, tant diagnòstics com terapèutics i també en l'àmbit de les TIC.
- **Dotació professional** suficient per poder donar la millor resposta possible a les necessitats de les persones de la manera que planteja l'Estratègia.
- Implementació de les **mesures de contractació** necessàries per garantir una atenció equitativa, integrada i d'excel·lència a tot els serveis assistencials del territori de la XAP.

2.2 Aspectes a garantir a l'àmbit de les persones amb necessitats complexes d'atenció

A totes les persones amb necessitats complexes d'atenció, se'ls ha de garantir una **atenció centrada en la persona**, d'acord amb les següents dimensions proposades per l'Institut Picker⁸ i recollides en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya:⁹

- El dret que es **respectin les preferències, creences, valors i prioritats** de les persones.
- El dret a la **informació, apoderament i participació** de les persones, famílies i comunitats, entenent-lo com la facilitació de les oportunitats, capacitats i recursos que les persones necessiten per prendre decisions efectives sobre la pròpia salut. Això implica:
 - Que les persones puguin participar en la presa de decisions, per mitjà d'un procés de presa de decisions compartit, com a element clau de l'atenció centrada en la persona.
 - Que la família i l'entorn que vulguin les persones ateses s'incorporin com a elements clau de la xarxa de suport.
- El dret a ser atesos amb un **model d'atenció integral** i amb visió multidimensional, que incorpori:

- Una avaluació multidimensional, incloent-hi tant el diagnòstic de situació de les persones amb necessitats complexes d'atenció i les necessitats dels seus cuidadors i la família.
- Un pla d'atenció personalitzat, que ha de poder ser consensuat amb els usuaris i/o la seva família. Aquest pla ha d'incloure elements relacionats amb el benestar de les persones, el suport psicoemocional i les propostes assistencials específiques per dur-lo a terme.
- El dret a rebre **una atenció coordinada i/o integrada**, una atenció de continuïtat i coherent amb el pla d'atenció en les transicions entre els nivells assistencials. Això implica:
 - Disposar d'una identificació proactiva que condueixi a un model d'atenció específic en relació amb la situació de necessitats d'atenció complexes dels persones.
 - Compartir la informació essencial del pla d'atenció entre els professionals de la xarxa assistencial que intervinguin en l'atenció de les persones amb necessitats complexes d'atenció, per mitjà del pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC), i assegurar-ne l'accessibilitat tant a tots els professionals com a les persones mateixes.
 - Obtenir una resposta consensuada o compartida a les seves necessitats des d'una perspectiva tant sanitària com social.
- El dret a **l'accessibilitat als professionals de referència** per part de les persones. Això implica:
 - Una porta única de contacte per a les persones amb necessitats complexes d'atenció.
 - Una atenció continuada (7x24) sanitària i social amb un accés preferencial als dispositius del territori de la XAP quan es presenti alguna descompensació.

3. PERSONES EN LES QUALS ES FOCALITZA AQUESTA ESTRATÈGIA

Aquesta Estratègia es focalitza en l'atenció a:

- Les **persones amb condicions cròniques i necessitats complexes d'atenció (pacients crònics complexos o PCC)**.
- Les **persones amb necessitats pal·liatives** (amb **malalties o condicions cròniques avançades, o MACA**).

3.1 Complexitat i final de vida: definició i dimensions

Segons el consens d'experts recollit al Termcat (Centre de Terminologia de la Llengua Catalana),¹⁰ el **concepte de complexitat** respon a la situació que reflecteix la dificultat de gestió de l'atenció d'una persona i la necessitat d'aplicar en el seu cas plans individuals específics, a causa de la presència o la concurrència de malalties, de la seva manera d'utilitzar els serveis o del seu entorn. D'alguna manera, es constata, doncs, que la complexitat no és només una realitat limitada i inherent a un determinat individu, sinó que també és un fenomen conjuntural i fins a cert punt perceptiu, és a dir, que és viscut com a complex, tant per les dificultats de la persona mateixa o del seu entorn per poder gestionar les pròpies necessitats com per les dificultats per garantir la resposta dels professionals i dels sistemes de salut.

3.1.1 Dimensions de la complexitat en l'atenció a la salut

La complexitat en salut és tan difícil d'abordar com d'acotar i està condicionada per múltiples capes o dimensions que responen a diferents circumstàncies, com les seves característiques de multimorbiditat, la incertesa clínica o la dificultat en la presa de decisions. D'altra banda, s'hi presenten altres qüestions no sanitàries que estan directament relacionades amb les persones i el seu entorn (condicions socials, xarxa comunitària, dependència, etc.). Això permet distingir **tres dimensions de complexitat** (figura 4): la complexitat clínica, la complexitat contextual i la complexitat del sistema assistencial.

La complexitat clínica

Fa referència a la interacció entre una multitud de factors relacionats amb la malaltia com, per exemple, el diagnòstic, la gravetat de l'afecció, la presència de símptomes de difícil control, la

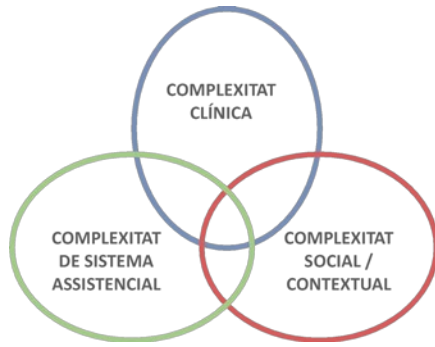


Figura 4. Dimensions de la complexitat en l'atenció de salut. Adaptat de Kuipers et al. ¹¹

multimorbiditat i el grau de discapacitat que en pugui derivar.^{12,13} Per als professionals de la salut, aquests factors solen condicionar la complexitat clínica en relació amb dues circumstàncies que estan íntimament relacionades entre sí:¹⁴ la dificultat per al diagnòstic de precisió i la dificultat per a la presa de decisions.

La complexitat contextual (social, psicosocial i familiar)

Fa referència a les necessitats socials i el malestar psicosocial de les persones amb condicions cròniques generat per la malaltia que poden agreujar o bé poden dificultar la gestió de la complexitat sanitària, així com la funcionalitat social de risc (o disfuncionalitat) per atendre les necessitats de salut amb la xarxa de suport social o en aquesta mateixa xarxa per l'impacte de factors de risc social i psicosocial presents en una o més de les àrees següents:

1. Àrea d'organització de la cura:

- Dificultats en l'esfera dels **cuidadors**: absència de cuidadors, cuidadors ineficaços, cuidadors amb salut fràgil, cuidadors amb fragilitat psicoemocional, cuidadors amb trastorns mentals, cuidadors amb hàbits tòxics, dificultats en la gestió de les necessitats de salut, dificultats d'adaptació del temps a les necessitats de cuidar (càrregues laborals, familiars, etc.), cuidadors amb limitacions intel·lectuals, cuidadors menors d'edat, sobrecàrregues (càrrega familiar elevada, impotència, no poden, no en saben, desafecció, no volen, etc.), risc de claudicació dels cuidadors i claudicació.
- Dificultats en l'esfera del **suport material i econòmic**: recursos econòmics insuficients, manca de recursos, manca d'ajudes tècniques (grua, llits articulats, matalàs antiescares, etc.), pobresa.

2. Àrea de la unitat familiar i/o entorn de suport

- Unitat familiar feble perquè hi ha un membre amb hàbits tòxics, un membre malalt jove, família monoparental, família monoparental amb càrrega de menors, etc.
- Relacions complexes entre algun dels membres de la unitat familiar: tòxiques traumàtiques, problemàtiques habituals en el nucli de convivència, etc.
- Cap de família amb una edat avançada i desenvolupant un rol de persona cuidadora respecte a una persona malalta jove.
- Discrepància en la decisió o intenció de la persona malalta o la família sobre el lloc on ser cuidat i on morir.
- Antecedent de maltractament o violència intrafamiliar.

3. Àrea de la cohesió familiar i clima afectiu

- Desafecció afectiva, desvinculació afectiva, rebuig, etc.

- Imposició del fet de cuidar, cuidar com un deure, coacció sobre els cuidadors, malalts dominants i cuidadors dependents (psicoemocionalment, econòmicament o socialment), etc.

4. Àrea de les condicions estructurals, seguretat, confortabilitat i privacitat

- Marginalitat.
- Rotació del domicili (persones itinerants).
- Dificultat en l'adaptació del domicili als mínims requerits per a l'atenció domiciliària necessària.
- Espai vital o personal deficient o precari o inhabitable per insalubritat extrema.
- Indigència.

5. Àrea de la xarxa relacional

- Desarrelament per desplaçament del lloc d'origen.
- Absència de xarxa de suport social.
- Aspectes culturals relacionats amb la cura, la mort, els hàbits, les costums, les creences, l'idioma, etc.

6. Àrea de l'entorn (comunitat i accés al domicili)

- Aïllament sociogeogràfic.
- Barreres arquitectòniques greus o insalvables.

La complexitat del sistema assistencial

Paradoxalment, i donades les múltiples respostes possibles al repte de la complexitat,¹⁵⁻¹⁷ el sistema assistencial mateix pot acabar convertint-se de fet en una font de complexitat, que no necessàriament es pot resoldre amb més dotació de serveis.¹⁸ Sovint, un increment de serveis i professionals pot acabar generant complexitat, atesa la creació de múltiples vies confuses, respostes no coordinades, duplicitats i llacunes en el contínuum assistencial.¹¹ Aquesta complexitat no és factible que s'afronti a partir de models estàndard, i requereix solucions creatives, flexibilitat, versatilitat, capacitat d'innovació i una base comuna de coneixement compartit.¹⁹

Tenint en compte aquesta realitat multidimensional de la complexitat, es fa evident que la resposta a les necessitats d'atenció a aquestes persones requereixi aquest triple enfocament (figura 4), per coherència.

3.1.2 Malalties i condicions cròniques avançades, necessitats pal·liatives i identificació precoç del final de la vida

El **procés cap al final de vida**, entès com l'última fase del cicle vital, que pot oscil·lar des de pocs dies fins a molts mesos o algun any, també està condicionat per múltiples variables, és estrictament individual i suposa un paradigma de la complexitat tal com s'ha descrit. Quant als qui es troben en aquesta situació, la complexitat també la determinen els factors personals (arran de la coexistència de múltiples malalties i condicions cròniques i necessitats de salut, i del comportament dinàmic d'aquestes), els factors contextuais (l'impacte emocional de tot el procés, el suport familiar i social) i els factors assistencials (d'organització i d'ús de recursos, com ara l'existència de suport psicològic o altres).

Aproximadament tres quartes parts de la població en el nostre entorn morirà a conseqüència d'una o diverses **malalties cròniques avançades i progressives**, després d'un període evolutiu amb crisis freqüents, alta necessitat de demanda d'atenció i freqüents decisions de caràcter clínic i ètic, i també una alta freqüència d'utilització dels serveis sanitaris i socials.²⁰⁻²⁷

Un dels elements de complexitat més destacables és el procés d'identificació de forma precoç que una determinada persona està entrant a les darreres etapes de la seva vida. D'altra banda, però, aquesta **identificació precoç de les persones amb necessitats pal·liatives** s'ha demostrat que comporta múltiples beneficis:²⁸⁻³²

- Permet conèixer les **preferències** i els **valors** de les persones, acotar millor els objectius, millorar l'adequació de les cures i facilitar el procés de planificació de decisions avançades (PDA).
- Permet millorar la **qualitat de vida** i el control de símptomes i disminuir l'angoixa.
- Redueix les **despeses d'atenció**, i evita l'obstinació terapèutica sense escurçar l'esperança de vida.
- Obre la porta a una **atenció no dicotòmica i progressiva**, on les cures pal·liatives són ofertes a mesura que se'n van desenvolupant les necessitats, ja estiguin relacionades amb les malalties, amb les característiques individuals de cada persona o amb l'entorn familiar i/o de suport (figura 5).

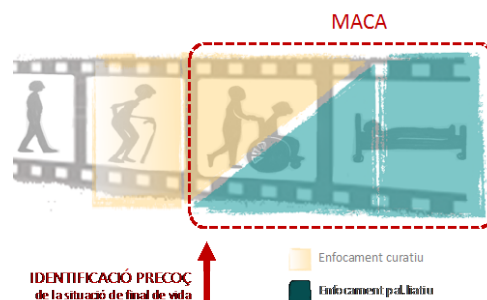


Figura 5. Model progressiu d'atenció segons les necessitats. Adaptat de Murray et al. 2010.²⁸

3.2 De la visió poblacional a la mirada individualitzada de les persones identificades com a PCC i amb MACA

En l'abordatge de la complexitat, sovint se sobreposen **dues visions necessàriament complementàries**: la dels sistemes de salut, en què la complexitat és sinònim de gestió de recursos i planificació sanitària, i la dels professionals, en què la complexitat està directament relacionada amb la presa de decisions difícils i amb l'atenció de necessitats multidimensionals dels usuaris. La clau de l'èxit es basa en harmonitzar el model d'atenció amb visió poblacional (models organitzatius) amb el model centrat en les persones (avaluació multidimensional individualitzada i pla d'atenció personalitzat).

3.2.1 Visió poblacional de les persones identificades com a PCC i amb MACA

Al llarg dels darrers anys, els sistemes de salut dels països desenvolupats han hagut de reorientar les seves estratègies per ajustar-se a la realitat creixent d'un gran nombre de persones amb malalties cròniques i necessitats complexes d'atenció.² Efectivament, gairebé el **5 % de la població** presenta necessitats complexes d'atenció (figura 6) que en molts casos estan relacionades amb càrregues rellevants de multimorbiditat crònica.

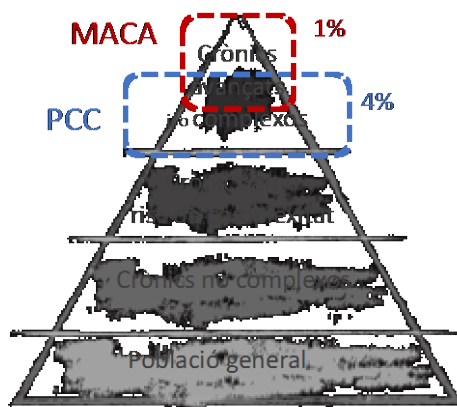


Figura 6. Piràmide de Kaiser: representació de la distribució poblacional (%) en relació amb el seu grau de complexitat. Adaptat de Webster R.²²

L'any 2012, el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) va introduir dos identificadors relacionats amb la complexitat:

- **Pacient crònic complex o PCC** (suposa aproximadament el **4 % de la població**), respecte del qual els professionals perceben dificultats en la gestió, ja sigui per criteris relacionats amb la persona mateixa, amb els professionals o amb l'entorn.
- **Malaltia crònica avançada o MACA** (suposa aproximadament l'**1 % de la població**), en referència a les persones que presenten una o més malalties o condicions de salut cròniques avançades, progressives i irreversibles, que condicionen un pronòstic de vida limitat (aproximadament inferior a 24 mesos), sovint, amb importants repercussions sobre l'estructura cuidadora i que tenen necessitats d'atenció pal·liativa.

Però, més enllà d'aquesta visió poblacional, que és necessària tant per donar visibilitat a aquest grup poblacional com per planificar les polítiques de salut i les organitzacions, els professionals conviuen amb la realitat individual de les persones. També a aquest nivell és útil aquesta proposta (figura 7):

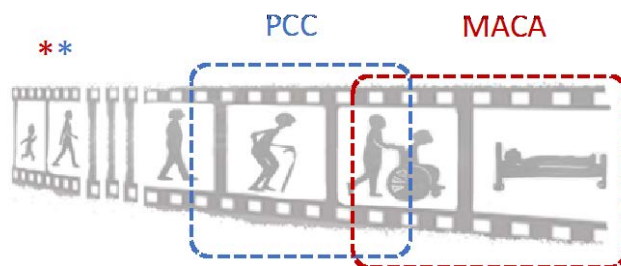


Figura 7. Visió individual de les persones amb cronicitat complexa (PCC) i avançada (MACA) en el continuïum vital.

** Cal tenir en compte dues situacions especials que transcendeixen aquest plantejament simplificador: atenció al final de la vida pediàtrica (*) i altres situacions de complexitat no relacionades amb l'edat * (per exemple: situacions de salut mental complexa, problemàtiques socials greus, etc.).

3.2.2 Mirada individualitzada de les persones identificades com a PCC i amb MACA

Per adequar l'atenció a les necessitats de les persones amb malalties i condicions cròniques, és imprescindible un abordatge de la complexitat des d'una dimensió individual. La **identificació és el punt de partida** del reconeixement d'unes característiques específiques i singulars de les persones que, essent reconegudes proactivament pel seu professional de referència i de forma conjunta amb elles mateixes, permet començar a reflexionar sobre la forma idònia de respondre de manera individualitzada a les seves necessitats.

Aquest plantejament proposa la promoció d'aquest canvi de sensibilitat, i la identificació de les persones amb complexitat constitueix l'inductor del canvi d'actitud dels professionals i les organitzacions cap a la individualització de les intervencions, de manera que l'eficiència i la humanització no segueixin camins divergents, i sempre mitjançant la creació de climes de confiança entre els promotors dels plans (gestors, líders clínics) i els professionals.²⁹

Així doncs, la **personalització de l'atenció**, que també és necessària pel que fa a la resta de la població, és clau en el cas de les persones esmentades, les característiques de les quals molt sovint sobrepassen els plantejaments assistencials basats en protocols i guies de pràctica clínica. Això requereix que es realitzi un adequat **diagnòstic situacional**, entès com el procés avaluatiu que permet que els professionals determinin quin és el grau de reserva o fragilitat de les persones ateses, i també requereix que es doni un procés de **presa de decisions compartida** entre els professionals i amb les persones, amb l'establiment d'objectius assistencials³⁰ en què hi hagi una adequació de la intensitat terapèutica,³¹ de manera que es faciliti una proporcionalitat de les actuacions d'acord amb la seva situació clínica i les seves voluntats.¹⁴ És a dir, en un procés centrat en les persones.

En l'**apartat 4** d'aquest document (model d'atenció) es desenvolupa la proposta específica en quatre etapes d'atenció individualitzada a les persones identificades com a PCC i amb MACA.

4. MODEL D'ATENCIÓ: quatre etapes



El procés d'atenció individualitzada requereix les següents **quatre etapes** o fases (figura 8):

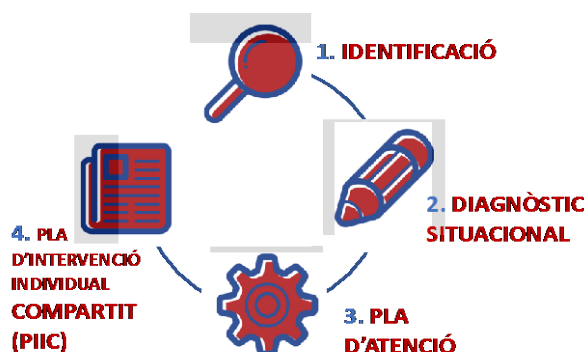



Figura 8. Les quatre etapes del model d'atenció per a les persones identificades com a PCC i amb MACA

4.1 Etapa 1: Identificació/cribratge poblacional de les persones que s'han de beneficiar de l'Estratègia



4.1.1 Identificació de les persones com a PCC

No existeix un instrument específic per al cribratge poblacional dels pacients crònics complexos (PCC). La identificació es fonamenta en la **presència de criteris** en alguna de les tres dimensions de la complexitat, que s'han de basar en el consens d'experts i els resultats d'estudis epidemiològics previs.²⁷ Se'n fa un resum en la següent (figura 9).

<p>Problemes relacionats amb la PERSONA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multimorbiditat. Patologia crònica única greu o progressiva. Malalties minoritàries. ▪ Evolució dinàmica ▪ Aparició de síndromes geriàtriques amb criteris de gravetat/progressió (polimedicació, deteriorament cognitiu, fragilitat, etc.). ▪ Síntomes persistents intensos i refractaris. ▪ Alta utilització de serveis/consum de recursos. Alta probabilitat de patir descompensacions. ▪ Classificació dins del grup de 5% de més risc segons el GMA (grup de morbiditat associada).
--	--



<p>Criteris de l'ÀMBIT SOCIAL/CONTEXTUAL</p> 	<p>Situació social de risc o disfuncional per atendre les necessitats en una o més de les següents àrees:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organització de la cura ▪ Unitat familiar i/o entorn de suport ▪ Cohesió familiar i clima afectiu ▪ Condicions estructurals, seguretat, confortabilitat o privacitat ▪ Xarxa relacional i d'entorn
<p>Criteris relacionats amb els PROFESSIONALS i el SISTEMA ASSISTENCIAL</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Benefici de maneig multidisciplinari. Necessitat d'accés a diferents dispositius. ▪ Incertesa en les decisions i de dubtes de maneig. Discrepàncies entre diferents professionals o equips en la seva gestió clínica. ▪ Benefici de les estratègies d'atenció integrada.

Figura 9. Criteris per a la identificació dels pacients crònics complexos agrupats per dominis de complexitat

No hi ha cap pauta inequívoca sobre quants o quins criteris cal complir o sobre quina n'és la combinació que correspon per ser considerat un PCC. Cal complir prou criteris perquè el professional o la professional referent consideri que la gestió del cas és especialment difícil i, per tant, validi de forma clínica i identifiqui, d'acord amb la persona, que és un pacient crònic complex. Una persona que no tingui cap d'aquests criteris és realment difícil que pugui presentar necessitats complexes de salut.

4.1.2 Identificació de les persones amb MACA

Per a la identificació precoç o cribratge de les persones amb malalties o condicions cròniques avançades i necessitats d'atenció pal·liativa (MACA) es recomana que s'utilitzi l'instrument **NECPAL**.³²⁻³⁶ Aquest instrument es basa en la resposta negativa ("No em sorprendria") a la **pregunta sorpresa** "El sorprendria que aquesta persona morís durant els pròxims 12 mesos?", associada a la **detecció de criteris** d'elecció, demanda o necessitats pal·liatives i/o criteris de gravetat i progressió, tant de malaltia com globals (funcionals, nutricionals síndromes geriàtriques, etc.), d'ús de recursos i comorbiditat. Les persones detectades per aquest instrument s'anomenen NECPAL positius i per definició són persones amb la condició de MACA.

Una vegada feta la identificació, la persona **s'ha de registrar** com a tal als sistemes d'informació. La identificació d'una persona amb MACA és **equivalent a la codificació internacional d'atenció pal·liativa** (V66.7 a CIM9MC, Z51.5 a CIM10MC o A99.01).

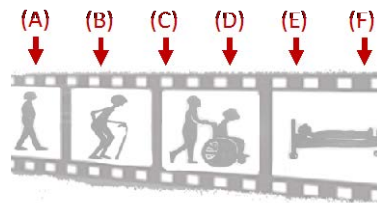
4.2 Etapa 2: Diagnòstic situacional (avaluació multidimensional i detecció de necessitats)



Tot i que la identificació de les persones com a PCC o amb MACA ja implica una certa aproximació multidimensional prèvia, el diagnòstic situacional requereix una avaluació multidimensional i de necessitats més profunda.

El concepte de diagnòstic situacional¹⁴ fa referència al resultat del procés avaluatiu que permet als professionals que determinin quin és el grau de reserva o fragilitat de les persones ateses, o sigui com en són de vulnerables o en quin punt estan a la seva trajectòria vital (figura 10), fet que requereix una **avaluació multidimensional**, així com la identificació de **necessitats**.

Figura 10. Diagnòstic situacional: per quin moment de la seva trajectòria vital passa una persona (A, B, C, D, E, F)? Quines dimensions estan afectades? Quines necessitats té?



4.2.1 Avaluació multidimensional

L'aproximació a la realitat d'una persona amb un perfil de PCC o amb MACA requereix necessàriament una visió àmplia que tingui en compte les diferents dimensions i problemes de salut: clínics, funcionals, emocionals, cognitius, socials, etc. Aquesta és una tasca complexa i que requereix temps. No ha de constituir un reguitzell de proves acumulades, sinó la compilació de la informació substancial que comporti l'aproximació al diagnòstic situacional de les persones.³⁷

Davant la necessitat de sistematitzar aquesta avaluació, n'existeixen les següents dues aproximacions, de menys a més necessitat de temps de realització i d'acord amb l'expertesa necessària:

- **Sistemes ràpids d'avaluació multidimensional**, ja sigui utilitzant propostes basades en la selecció específica d'un conjunt d'instruments,³⁸ o bé en eines multidimensionals quantitatives, com ara els índexs de fragilitat.³⁹ En aquest sentit, un exemple d'eina de valoració multidimensional ràpida és l'índex fràgil-VIG,^{40,41} índex de fragilitat pensat específicament per facilitar una valoració geriàtrica ràpida i quantificada.
- **Valoració geriàtrica integral**, com a estàndard de referència de l'avaluació multidimensional de persones de perfil geriàtric,⁴² també en l'àmbit d'atenció primària.⁴³

Específicament pensada per a les persones en situació de malaltia crònica avançada (MACA), i a mig camí entre l'aproximació multidimensional i la detecció de necessitats d'aquestes persones, pot ser d'utilitat la proposta de l'hexàgon de la complexitat, també desenvolupada a Catalunya, per a persones ateses en el domicili.^{44,45}

4.2.2 Identificació de necessitats

Les persones en situació de cronicitat complexa presenten **necessitats complexes d'atenció**, tant a l'àmbit clínic com a l'àmbit psicoemocional, social i espiritual, necessitats que requereixen respostes integrals, integrades i adequades als diferents moments de la seva trajectòria vital. Aquestes necessitats, doncs, no només han d'incloure les derivades de la malaltia, sinó que també han de preveure la capacitat de les persones mateixes per a l'autocura i el maneig de la seva vida en l'entorn social més proper. El ventall de necessitats a tenir en compte és molt ampli i va des de les més bàsiques a les més complexes.⁴⁶

La identificació de les necessitats forma part del procés de diagnòstic situacional i és un **objectiu fonamental** en l'atenció a aquestes persones. En aquest sentit, cal determinar els problemes que presenten més complexitat, les seves causes, els factors que contribueixen a l'aparició i les capacitats i els recursos de què disposen les persones per trobar-hi solucions i cal tenir-ho en compte a l'hora d'elaborar el pla terapèutic.

També es requereix un **context assistencial** que faciliti una relació directa i dinàmica entre els professionals i les persones ateses i les seves famílies i cuidadors, tenint en compte que aquestes necessitats poden canviar de forma ràpida, especialment en les situacions de descompensació. Aquest **comportament dinàmic** vol, doncs, respostes adequades, al lloc i al moment adequats.

Existeixen **diferents models** per valorar les necessitats, i els més coneguts són les **14 necessitats bàsiques de Virgina Henderson**,⁴⁷ en què s'emfatitza la importància de la independència de les persones, particularment en el procés de presa de decisions; els **11 patrons funcionals de salut de Marjory Gordon**,⁴⁸ que avaluen la funcionalitat i disfuncionalitat en cadascun dels patrons, i la **piràmide de necessitats de Maslow**,⁴⁹ figura de 5 nivells, on les necessitats superiors depenen de les inferiors (figura 11).



Figura 11. Piràmide de necessitats de les persones de Maslow

Especialment per a persones en situació de MACA, també pot ser útil el **model de necessitats essencials de l'Institut Català d'Oncologia** (figura 12).⁵⁰



Figura 12. Resum de les necessitats de les persones amb malalties i condicions cròniques avançades. Adaptat de Maté-Méndez et al.⁵⁰

Tanmateix, i independentment de l'eina de referència que s'utilitzi, s'ha de tenir sempre present que les accions dels professionals han d'anar dirigides a **augmentar el confort d'aquestes persones i a respondre a les necessitats expressades per ells mateixos i, en ocasions, per la seva família**, tal com el concepte de cura exigeix.

4.3 Etapa 3: pla d'atenció integral, interprofessional i unificat



Una vegada realitzat el diagnòstic situacional, s'ha de realitzar el **pla d'atenció**. S'hi han de definir el pla terapèutic per cadascun dels problemes de salut, així com la proposta d'atenció a les necessitats detectades. El tipus de serveis que s'han d'oferir per satisfer aquestes necessitats, qui els ha de donar i quan i on han de ser proporcionats cal que siguin d'acord amb la voluntat i les preferències de les persones ateses, en tota la mesura possible.

El **pla terapèutic** és el conjunt de recursos (farmacològics, tècniques, pautes d'actuació) recomanats que els professionals sanitaris proposen de manera gradual i planificada amb l'objectiu de mantenir, millorar,

controlar i aconseguir el màxim potencial de salut en benefici individual o col·lectiu de les persones que atenen i d'acord amb elles.

Així doncs, les persones identificades com a PCC i/o amb MACA han d'acordar amb els professionals el seu pla d'atenció, que té en el PIIC (etapa 4) una versió abreujada o resumida pensada perquè sigui compartida, i que s'ha de revisar periòdicament i conciliar en cada transició assistencial. A demanda dels professionals de referència de l'EAP i de la persona amb necessitats complexes d'atenció, es recomana que s'adeqüi el pla terapèutic, especialment en les transicions, en el cas de les persones en què es prioritzi i en els nous casos identificats com a PCC i/o amb MACA.

Alguns **elements clau** a tenir en compte en l'elaboració d'aquest pla d'atenció són els que s'esmenten tot seguit.

4.3.1 Presa de decisions compartida

El procés de presa de decisions s'ha de realitzar de forma compartida amb les persones i els seus cuidadors, quan sigui necessari. Per tant, això requereix dues experteses:

- En primer lloc, l'**habilitat dels professionals** no només en fisiopatologia, diagnòstic, pronòstic, opcions de tractament i resultats esperats, sinó també en les capacitats de comunicació interpersonal i la gestió de les necessitats complexes.
- En segon lloc, l'**expertesa de la persona amb necessitats complexes d'atenció** és tant o més necessària que la dels professionals: la seva experiència de malaltia, els valors i preferències, l'actitud respecte als riscos que assumeixen i les circumstàncies socials.

En aquest enfocament compartit, tant els professionals com les persones ateses estableixen un marc cooperatiu per identificar les necessitats, d'acord en els objectius establerts, i per desenvolupar i implementar un pla d'atenció i seguiment.⁵¹ Aquesta presa de decisions compartida és essencial per garantir que les persones no rebin més tractament del que volen rebre ni menys tractament del que necessiten,⁵² i requereix:

- Identificar els problemes de salut i necessitats d'atenció (**diagnòstic situacional**) i també la capacitat d'adaptació de suport del seu entorn cuidador, i valorar les solucions potencials.
- Conèixer els **valors i les preferències** de les persones i del seu entorn cuidador.
- Explicar les **opcions** (a partir de l'evidència) i proporcionar informació sobre els possibles beneficis i/o perjudicis de cada opció.
- Valorar la **capacitat** de comprensió de les persones i comprovar que han entès adequadament la informació proporcionada.
- Prendre una **decisió**; decidir ajornar la decisió també és prendre una decisió.
- **Seguiment, suport i coordinació.**

4.3.2 Planificació de decisions anticipada (PDA)

La PDA és el procés que identifica els valors i les preferències d'una persona, o de la seva família, si escau, per preveure amb antelació els objectius d'atenció i els recursos que es necessitaran per atendre'l quan

no pugui expressar la seva voluntat.¹⁰ Constitueix el nucli dialèctic i conceptual del procés pel qual es promou que les persones amb necessitats complexes d'atenció, d'acord amb els valors, desitjos i preferències que els són propis, coliderin els determinants en qualsevol moment evolutiu dels problemes de salut que pateixen, sobretot quan aquests ocorrin en situacions en què hi hagi un pronòstic de vida limitat.

Existeix un **model català de PDA**, que constitueix una proposta innovadora que endreça l'ideari, la pràctica i l'estratègia d'implementació en un àmbit en el qual l'Estratègia de cronicitat avançada conflueix amb les iniciatives d'atenció centrada en les persones.⁵³

4.3.3 Orientació als resultats que importen a les persones

L'atenció primària té la responsabilitat de respondre de manera multidimensional sistèmica i capaç de satisfer les necessitats a partir de la valoració i priorització de les accions planificades que contribueixin a millorar l'estat de salut d'aquest grup de població.

Més enllà dels resultats clàssics de procés o estructura, la tendència com a **sistema de salut ha de focalitzar-se en els objectius individuals de les persones**, ja sigui en relació amb els resultats de salut (PROM) o d'experiència d'atenció (PREM).⁵⁴ Per aquest motiu, s'han d'incorporar indicadors de resultats que importen a les persones en l'estratègia d'avaluació del model.

Aquestes mesures inclouen més que no pas el concepte de satisfacció, i esdevenen un element clau per avaluar si l'atenció rebuda ha estat realment centrada en la persona. De manera general i en el cas de les persones amb malalties i condicions cròniques, aquestes tendeixen a prioritzar el manteniment de la seva independència, del seu rol social, la disminució de la càrrega de tractament i el control sobre la seva vida.⁵⁴

4.3.4 Adequació de la intensitat terapèutica

Especialment en el cas de les persones amb MACA, una vegada s'hagi realitzat el diagnòstic situacional i s'hagi iniciat el procés de consens del pla d'atenció, cal consensuar-hi tant els objectius assistencials com l'adequació de la intensitat terapèutica. Aquest és un **element clau en la personalització de l'atenció**, ja que facilita la proporcionalitat de les actuacions d'acord amb la situació clínica i les voluntats de les persones ateses.

A Catalunya s'han desenvolupat experiències territorials per facilitar-ne el registre.⁵⁵

4.3.5 Suport psicoemocional

A les persones amb necessitats complexes d'atenció i les seves famílies se'ls ha de garantir el suport psicoemocional **al llarg de l'evolució de la malaltia** des del moment de la identificació, i de manera especial en les situacions de gran impacte emocional com per exemple les de final de vida i d'atenció al dol en els casos que així ho requereixin.

Al territori cal que es disposi d'una **estratègia compartida de suport psicosocial i espiritual** i d'una **estratègia compartida de gestió del dol**. Aquesta atenció ha d'estar coordinada amb tots els professionals de la XAP i s'ha de poder rebre al domicili particular o la residència, quan es tracti de persones que no es puguin desplaçar, o si així ho decideixen elles mateixes o la família.

4.4 Etapa 4: pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC)



Un cop realitzat el pla d'atenció, els professionals han d'elaborar un **pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC)**, que ha de ser un resum de la informació més rellevant de l'altre pla. El PIIC és un document dinàmic, que se sustenta en la història clínica compartida de Catalunya (HC3), i que recull les dades sanitàries i socials més importants de les persones identificades com a pacient crònic complex (PCC) o amb malaltia crònica avançada (MACA), i que està dipositat en un entorn compartit d'informació (HC3).

Representa, sobretot, una **eina de comunicació entre professionals**, on els qui millor coneixen una persona sintetitzen i ofereixen la informació més rellevant del cas. D'aquesta manera, quan les persones són ateses per professionals no referents, aquests poden disposar mitjançant el PIIC de la informació essencial del cas, de manera que s'afavoreix que puguin prendre millors decisions i més congruents amb les necessitats, els valors i les preferències dels les persones amb necessitats complexes d'atenció.

El PIIC garanteix, doncs, la continuïtat assistencial en contextos 7x24 i en les transicions assistencials (ingressos hospitalaris i sociosanitaris) i representa una prolongació virtual en el temps i l'espai del pacte terapèutic i dels criteris de bona pràctica que, des d'una òptica integral, han acordat de manera conjunta l'equip assistencial de referència de l'atenció primària i les persones identificades com a PCC o amb MACA, i també la família o l'entorn cuidador.

A Catalunya existeix un **document de recomanacions** i proposta de bones pràctiques per a la redacció del PIIC.⁵⁶



5. PROFESSIONALS I EQUIPS IMPLICATS EN L'ESTRATÈGIA

El model de treball que proposa la XAP té l'objectiu de compartir el **coneixement** i el **talent** dels professionals, mantenir-ne la **motivació** intrínseca i facilitar la **participació** dels ciutadans de cada territori. Els diferents equips d'atenció primària tenen autonomia de gestió en la planificació de l'atenció a aquest col·lectiu de persones d'acord amb el marc definit per l'ENAPISC i el Pla director d'atenció a la gent gran i a la cronicitat.

L'atenció a les persones amb necessitats complexes d'atenció requereix necessàriament una **vocació interdisciplinària**, de promoció de **pràctiques col·laboratives** entre diferents professionals i equips, i sovint de **models d'atenció facilitadors** de la integració de l'atenció. Es proposa, doncs, una organització amb diferents nivells de treball en un equip interdisciplinari a la comunitat perquè treballi en xarxa, amb l'objectiu de donar una total cobertura a l'evolució de les necessitats sanitàries i socials d'aquestes persones i els seus cuidadors (figura 13):



Figura 13: Professionals implicats

5.1 Professionals i equips referents: equip interdisciplinari bàsic



Els **professionals de referència** de les persones amb problemes de salut crònics i complexos, juntament amb la resta de professionals de la XAP, han de garantir i assegurar que les necessitats de les persones i les dels seus cuidadors es prioritzen per millorar i enfortir la seva atenció des d'una perspectiva més social i més comunitària.

5.1.1 Equip interdisciplinari bàsic i de referència de la XAP

Els professionals de **medicina** i d'**infermeria de família**, i de **treball social sanitari** de l'EAP són els professionals que de forma natural **lideren l'atenció** a les persones identificades com a PCC i amb MACA. Si bé les persones ateses tenen la potestat d'escollir qui són els seus referents, aquests professionals i

equips en són habitualment els **referents**, així com també els **responsables de la seva atenció en primera instància**, ja sigui aquesta al centre assistencial, al domicili (ATDOM) o bé a la residència assistida.

Això inclou:

- El **cribratge proactiu i identificació** d'aquestes persones.
- L'**avaluació multidimensional i detecció de necessitats**.
- L'elaboració d'un **pla d'atenció** de forma compartida i consensuada amb la persona amb necessitats complexes d'atenció, així com amb la col·laboració d'altres professionals, si s'escau.
- L'elaboració del **PIIC** de forma compartida i consensuada amb la persona, així com amb la col·laboració d'altres professionals, si s'escau.
- L'estímul de les **pràctiques col·laboratives** activant la resta de professionals que intervenen en l'atenció de la persona, propiciant el treball en xarxa i la integració de l'assistència.

En absència de l'equip interdisciplinari bàsic o referent de la persona, la resta de professionals dels equips d'atenció primària, conjuntament amb els dels diferents serveis de la XAP, han de garantir-ne l'atenció.

En el cas específic de l'atenció als **infants amb necessitats complexes d'atenció pediàtrica i les seves famílies**, d'acord amb el document de la Comissió Tècnica de Pediatria, els professionals de referència són els **infermers, pediatria i treball social sanitari**, en estreta col·laboració amb d'altres professionals i recursos especialitzats del territori, i amb els de tercer nivell. Per respondre a les necessitats dels infants amb problemes d'atenció pediàtrica complexos, cal també una col·laboració estreta amb recursos propis del Departament d'Ensenyament (escoles especials, etc.) i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (CDIAP, etc.) i altres amb pactes i treball integrat que cal recollir a la ruta de complexitat. Els infants **en situació de necessitats pal·liatives** tenen unes especificitats de maneig clínic i de l'entorn que necessiten en moltes ocasions el suport d'una unitat d'alta especialització, que ha de treballar en coordinació amb l'atenció primària i comunitària.⁵⁷

En relació amb el canvi de referència de l'equip de pediatria de l'EAP al de medicina i infermeria de família, cal tenir en compte la necessitat d'un abordatge integral, precoç i esglaonat del traspàs de les persones ateses als seus nous professionals referents.

5.1.2 Altres professionals de la XAP

▪ Professionals de gestió de cas

S'entén per **gestió de cas** la pràctica assistencial avançada que planifica i executa un pla d'atenció individualitzat basant-se en la coordinació entre les organitzacions i professionals, amb l'objectiu de respondre a les necessitats socials o de salut de les persones o del seu entorn.¹⁰

El **rol professional** paradigmàtic per realitzar aquesta funció és el de **gestor o gestora de cas** (GdC). Es tracta de professionals, habitualment infermers, que tenen com a objectiu promoure, planificar i garantir que es porti a terme el pla d'atenció individualitzat. Això es realitza fomentant les pràctiques col·laboratives entre les organitzacions i professionals (amb la possibilitat

d'incloure des de tasques de coordinació fins a la gestió directa de les transicions i l'atenció a aquestes persones), per tal de respondre a les necessitats de les persones o del seu entorn, articulant la comunicació i els recursos disponibles per impulsar resultats efectius i de qualitat.⁵⁸ Així doncs, en el context de l'autonomia de gestió de cada equip, aquest model estableix que la GdC sigui part inherent de la feina dels mateixos professionals referents com que també pugui ser complementada per algun dels professionals específics de la XAP.

Els GdC han de **treballar col·laborativament** amb els equips interdisciplinaris de la XAP, i adquireixen una especial importància en la coordinació i el **treball en xarxa** amb altres professionals o equips experts que puguin participar en l'atenció de les persones amb necessitats complexes d'atenció (PADES, EAR, professionals de CUAP i PAC, equips de salut mental i addiccions, professionals de l'àrea del medicament d'atenció primària, fisioterapeutes, professionals de l'atenció hospitalària, sociosanitària i de serveis socials).

S'ha de garantir una **formació específica** als GdC perquè donin suport en l'atenció a les persones en situació de complexitat i hi puguin intervenir, incloent-hi el final de vida i l'atenció al dol. La direcció de la XAP ha de vetllar pel reconeixement i l'apoderament d'aquests professionals dins de cada organització i dispositiu.

- **Professionals referents de les persones amb necessitats complexes d'atenció en salut mental i addiccions**

D'acord amb el [document ENAPISC de salut mental i addiccions](#), les persones identificades com a PCC de SMIA (salut mental i addiccions) són les que tenen un perfil patològic i de necessitats en el qual predomina la patologia mental o l'addicció.

En aquests supòsits, el o la **professional de referència** de les persones amb necessitats complexes d'atenció l'ha de decidir la mateixa persona conjuntament amb l'equip integrat de salut mental comunitari i pot variar segons l'evolució de les necessitats que presentin en cada moment l'individu i el seu entorn. Aquest **equip integrat de salut mental** comunitari el conformen els següents professionals:

- **Professionals de l'APS** (MFIC o PED, IFIC o IPED, TSS i GdC)
- **Professionals de salut mental, de CSMA, CSMIJ i CAS** (PSIQ, PSIC, INF i TSS de SM)

Aquests professionals han de treballar de manera integrada a la comunitat i cal que duguin a terme al CAP o lloc de residència de cada persona l'avaluació multidisciplinària, el pla terapèutic i la implementació i actualització del PIIC. Cal tenir present la importància del treball conjunt amb els professionals de GdC i els serveis socials de base segons les necessitats en el cas d'aquesta tipologia de persones.

Aquest equip integrat de salut mental comunitari ha de garantir també el **suport psicoemocional** de les persones en situacions de gran impacte emocional que així ho requereixin, tant al CAP com al seu domicili o residència.

▪ Professionals tècnics en cures auxiliars d'infermeria, TCAI

D'acord amb l'actual marc regulador de les competències dels tècnics en cures auxiliars d'infermeria (TCAI), i amb la voluntat de promoure'n el desenvolupament en la realitat clínica de l'AP, es proposa que els TCAI, a més de donar suport a la consulta odontològica o la d'extraccions, el manteniment, neteja i inventari de material sanitari, la dispensació de material per a diabetis, i la gestió de magatzems o consultes, col·laborin en activitats d'educació sanitària en aspectes com els següents:

- Intervenir, al seu nivell, en la formació i promoció d'hàbits saludables d'alimentació, higiene personal i del medi, i sobre formes de vida pel que fa a les persones, familiars i col·lectius.
- Promoure actituds i hàbits d'autocura dels persones i la seva participació en associacions i grups d'ajuda.
- Donar suport psíquic bàsic a les persones per millorar les seves condicions de vida.
- Col·laborar o aplicar tècniques de prevenció d'accidents, seguint els protocols i pautes d'actuació establertes.

▪ Professionals de gestió i serveis: els administratius sanitaris

Aquests professionals han d'interconnectar recursos, gestionar programacions i contactes entre els professionals de referència i els de la XAP i amb la família i les persones ateses.

Les persones identificades com a PCC i/o amb MACA necessiten una atenció administrativa personalitzada, un **administratiu o administrativa de referència**. Aquests administratius de gestió i serveis referents ha de poder conèixer quines persones estan identificades com a PCC i amb MACA de manera àgil a la seva estació de treball, per tal de poder facilitar processos i procediments burocràtics amb el següent doble objectiu:

- **Garantir l'accessibilitat àgil** de les persones al seu equip referent.
- Garantir que aquest grup de població tingui **accés a tots els recursos** de què disposa la XAP per quan necessitin rebre altres atencions assistencials.

5.2 Altres professionals i equips de suport: pràctiques col·laboratives



5.2.1 Professionals d'atenció hospitalària i sociosanitària

Els **professionals d'atenció especialitzada de l'àmbit hospitalari i sociosanitari** (geriatria, medicina interna, oncologia, pneumologia, nefrologia, cardiologia, neurologia, etc.) i de recursos comunitaris específics (PADES, UFISS, equips d'atenció a les residències, centres sociosanitaris, hospitalització a domicili, rehabilitació a domicili, hospitals de dia sociosanitaris, centres de salut mental, etc.) han de treballar **coordinadament**, i idealment de forma **integrada**, ja sigui presencialment o telemàticament, amb els professionals de l'**equip interdisciplinari bàsic**, en els qual ha de recaure el rol vertebrador de

l'atenció a aquestes persones. Els professionals de gestió de cas són els facilitadors naturals d'aquest enfocament integrat i dirigit des de l'AP.

El conjunt d'aquests altres professionals ha d'estar adequadament dimensionat d'acord amb la població del territori i ajustat a les seves característiques. Cal que treballin de manera integrada compartint la història clínica informatitzada al CAP, domicili o residència, i coordinadament amb els professionals referents.

En els casos on, donades les característiques de les necessitats o de complexitat de la persona atesa, la figura del professional o la professional d'atenció hospitalària o equips de suport sigui més present, o en el supòsit que en sigui el referent per voluntat d'aquella persona, és clau que es transmetin models de treball col·laboratiu adaptats als recursos i les característiques del territori. Una eina amb la qual es transmeti aquest treball col·laboratiu pot ser, per exemple, la conferència de cas.⁵⁹⁻⁶¹

5.2.2 Altres professionals de suport: professionals de rehabilitació, farmàcia clínica, podologia, nutrició, odontologia i psicologia

En les persones amb necessitats complexes d'atenció, en situació d'especial vulnerabilitat, sovint apareixen situacions que condicionen determinades pèrdues funcionals o alteracions nutricionals en les quals és essencial una adequada atenció precoç i propera al lloc de residència.

Els professionals de **rehabilitació** de la XAP (metges rehabilitadors, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, logopedes, etc.), **farmacèutics d'atenció primària**, **nutricionistes**, **podòlegs** i **psicòlegs** han de treballar de manera integrada amb els referents de la persona i amb els gestors de cas per tal de cobrir aquestes necessitats de manera integral i precoç, tant de manera ambulatoria com al domicili o a la residència.

Es considera que és fonamental una nova mirada més proactiva en la participació dels professionals d'**odontologia** d'AP en la valoració global i l'atenció a les persones amb necessitats complexes d'atenció.

6. ELEMENTS CLAU



6.1 Accessibilitat

S'ha de garantir al territori que les persones identificades com a PCC i/o amb MACA que encara es desplacen als diferents centres d'atenció (ABS, CE, HDia, CUAP, etc.) tinguin **prioritat diferenciada** de la resta dels usuaris. Al territori s'ha de pactar com s'articula aquest caràcter preferent per respondre a les necessitats de les persones identificades com a PCC i/o amb MACA i els seus cuidadors.

6.1.1 Accés garantit als professionals de referència

Les persones amb necessitats complexes d'atenció i la seva família **cal que tinguin ben identificats els seus professionals referents al quals han de tenir garantit l'accés**. S'han d'establir mesures organitzatives o serveis que garanteixin aquesta accessibilitat en cas de dubtes, reaguditzacions, descompensacions o urgències.

Cal assegurar una **porta única d'entrada** per cada XAP. Per tal de facilitar-ho, es recomana que les persones identificades com a PCC i/o amb MACA disposin d'un **accés telefònic específic garantit**, per tal de poder adaptar-se a les necessitats que presenten en un moment determinat. Aquesta trucada ha de tenir resposta de metodologia de gestió de cas 7x24. En el supòsit que la trucada sigui al 061 o al 112 sense criteri d'emergència, s'ha de derivar a aquesta centraleta per gestionar el cas.

Els professionals de la XAP han de dissenyar els circuits d'atenció i accessibilitat que ofereixin més garanties de servei a les necessitats d'atenció i seguiment de les persones identificades com a PCC i/o amb MACA del territori. Els EAP han d'organitzar-se internament per respondre conforme als acords territorials assumits.

El **061 CatSalut Respon** ha de participar en els pactes i ser totalment coneixedor d'aquesta organització territorial de la XAP en l'atenció de les persones identificades com a PCC i/o amb MACA i ha d'actuar d'acord amb els circuits d'atenció establerts i els acords entre els professionals referents i les persones cuidadores recollits en el PIIC.

6.1.2 Tràmits, contactes i programacions àgils

Les persones identificades com a PCC i/o amb MACA i la seva família **han de tenir garantit que els tràmits, contactes i programacions** se'ls facilitin a través de professionals de gestió i serveis de manera àgil i efectiva. Aquestes persones, igual que altres usuaris en situació de crisi, requereixen que es realitzi una programació àgil i que les visites als diferents especialistes, proves terapèutiques i tractaments es puguin optimitzar, de manera que se'ls evitin els desplaçaments i visites innecessàries.

Els **professionals administratius** sanitaris han de liderar aquesta garantia.

6.2 Dotació de professionals i mitjans per a una adequada capacitat resolutiva



6.2.1 Dotació de professionals

Aquest nou model d'atenció a les necessitats complexes d'atenció proposa una nova forma de treball i organització. Això implica que és a la XAP on s'ha de garantir la cobertura de les necessitats d'aquestes persones totes les hores del dia i tots els dies de la setmana. Per aquest motiu, es considera necessari que es realitzi una revisió a fons de la pràctica assistencial actual dels diferents professionals i equips de la XAP, que ha de possibilitar una adequada atenció de les persones esmentades. Al mateix temps, cal vetllar per tal que la dotació dels equips d'atenció primària sigui l'adequada i permeti el temps de dedicació suficient per respondre al model d'atenció a les persones que proposa aquesta Estratègia, tenint en compte les característiques específiques del territori.

La dotació de l'equip d'AP ha de poder garantir el temps i la dedicació necessària per dur a terme les quatre etapes que requereix l'atenció individualitzada. En aquest sentit, cal que tant els **metges de família** com els **infermers de família** i els **treballadors socials sanitaris** puguin dur a terme abordatges interdisciplinaris complementaris i compartits per fer possible la correcta identificació de la complexitat, el diagnòstic situacional i el pla d'atenció i el PIIC. Cal que es revisi la dotació professional dels diferents perfils de l'equip d'acord amb les necessitats de la població, tenint en compte la incorporació dels **nous rols dels professionals de l'equip**.

Es considera que cal estudiar-ne les competències i incorporar a l'equip els professionals tècnics en cures auxiliars d'infermeria (**TCAI**), amb una finalitat d'atenció sanitària directa, i els auxiliars administratius (**GES**), per orientar-los cap a un rol més actiu en la gestió de l'atenció sanitària. Sobre la base de les funcions que s'assignin, s'ha de dur a terme la revisió de la dotació d'aquest professionals dins l'EAP.

Tal com estableix el model, també són necessaris la incorporació de nous perfils professionals als EAP com ara els **farmacèutics d'AP**, **nutricionistes**, etc., i el redimensionament de la dotació dels **fisioterapeutes**, **terapeutes ocupacionals** i **altres professionals**, per adaptar-los a les necessitats actuals.

6.2.2 Dotació de mitjans

Un dels elements clau per facilitar la capacitat resolutiva dels equips consisteix a **garantir que la disposició dels mitjans tècnics necessaris** per a un correcte diagnòstic i el maneig de les previsible complicacions en la situació global de les persones amb necessitats complexes d'atenció siguin al lloc més proper al domicili i puguin ser utilitzats de la manera més efectiva. És necessari que aquests equips tinguin a l'abast dotacions de material, accés a tecnologia i proves diagnòstiques al lloc de treball, accés als tractaments farmacològics i no farmacològics necessaris, circuits àgils d'accés a teràpies respiratòries domiciliàries des de l'AP en coordinació amb pneumologia, accés al tràmit de prestacions i articles ortoprotètics i, sobretot, que esdevingui efectiu el tràmit directe de l'ingrés a les unitats d'internament de curta i mitja estada amb criteris d'accés estàndards unificats, i de l'ingrés directe a l'hospitalització domiciliària territorial. Tots els requisits anteriors són elements clau que cal incloure en la cartera bàsica de serveis de l'atenció primària.



6.3 Treball en xarxa i pactes territorials de pràctiques col·laboratives

El treball en xarxa suposa anar molt més enllà de la coordinació de recursos i es basa en el **treball conjunt per a un objectiu comú**, que en aquest cas és el respondre de manera conjunta a totes les necessitats de les persones amb necessitats complexes i el seu entorn. Així doncs, no només juguen un paper bàsic els professionals referents d'aquestes persones i els de continuïtat, sinó que també es necessita, en funció de la intensitat d'intervenció, un treball en xarxa dels professionals de l'hospital, dels centres i unitats sociosanitàries i de les alternatives a la hospitalització convencional que ofereixen aquests centres (hospitalització a domicili, hospitals de dia, EAIA, UFISS, etc.) i dels serveis d'altres àrees del benestar social i del tercer sector del territori, amb els quals s'ha de compartir la informació necessària per una correcta atenció integral.

Per tant, es proposa que es promoguin, es refermin i es potenciïn **pactes territorials** que siguin els garants d'una bona atenció a les persones amb cronicitat complexa i/o avançada. En la seva redacció, almenys hi han de participar: atenció primària, equips de suport domiciliaris (PADES, EAR, etc.), hospitalització d'aguts, serveis d'urgències, atenció sociosanitària, salut mental, residències socials i serveis socials bàsics. Cal que s'hi especifiquin els recursos humans que gestionen les transicions en cada organització, les seves funcions i les condicions d'interrelació.

Les **rutes assistencials de complexitat** (RAC) han d'oferir el marc operatiu que faciliti que a l'àmbit territorial s'implementin estratègies col·laboratives entre les diferents organitzacions i els seus professionals. Alguns **elements clau** que cal que s'hi tinguin en compte són els que s'esmenten tot seguit.

6.3.1 Model de gestió de cas

Es planteja la gestió del cas (GdC) com a **model d'atenció** en el qual els professionals de referència tenen la responsabilitat de coordinar i gestionar les necessitats de les persones d'alta complexitat i de la seva família, intervenint en el procés clínic, garantint el contínuum assistencial i millorant la comunicació. Aquesta eina és bàsica en l'atenció de les persones esmentades i, per tant, és necessari que es posi en marxa a tot el sistema amb un marc conceptual definit i consensuat.

El **valor afegit** que incorpora aquesta metodologia de GdC al model de pràctica clínica inclou els aspectes següents:

- Afavorir la **identificació i seguiment** de persones de risc o complexes de forma proactiva, vetllant per la continuïtat de l'atenció en les transicions entre l'atenció primària i altres nivells assistencials i agilitant les gestions necessàries.
- **Acompanyar, ajudar i donar suport** a les persones i les seves famílies perquè s'adaptin a les noves situacions que poden aparèixer al llarg de tot el seu procés d'atenció utilitzant les eines terapèutiques i els recursos de l'entorn. L'objectiu tant pot ser recuperar el màxim potencial de salut de manera gradual, planificada i consensuada amb aquestes persones com proporcionar-los una atenció de més intensitat en la fase de final de vida.
- **Fomentar la coordinació amb els diferents professionals** dels serveis que intervenen en el procés d'atenció a les persones per assolir els objectius establerts en el seu pla de cures. És fonamental el treball conjunt entre els professionals de referència de les persones amb necessitats complexes d'atenció (metges, infermers i treballadors socials), sense oblidar la coordinació amb

els infermers clínics hospitalaris, els equips d'atenció especialitzada (CAE, rehabilitació, etc.), els equips de PADES, hospitals de dia i centres sociosanitaris, centres de salut mental i serveis socials bàsics, entre d'altres.

- **Conèixer i mobilitzar els recursos** necessaris disponibles per assolir els objectius.

6.3.2 Pràctiques col·laboratives

A l'àmbit territorial, cal promoure les **pràctiques col·laboratives** de valor entre els professionals i equips que siguin facilitadors del model d'atenció centrat en la persona. La finalitat d'aquestes pràctiques col·laboratives inclou els aspectes següents:

- Assegurar una atenció integrada, efectiva, eficient i satisfactòria en tots els dispositius assistencials del territori.
- Ajudar a millorar o mantenir el nivell salut i benestar de les persones enteses des d'una perspectiva multidimensional.
- Atendre les possibles crisis i descompensacions de les persones de forma precoç, proactiva i coordinada, prioritzant l'atenció domiciliària sempre que sigui possible. I en cas que sigui necessari el trasllat hospitalari, s'ha de garantir la continuïtat assistencial i unes transicions excel·lents.
- Donar suport a les necessitats de les persones i als seus cuidadors, gestionant i optimitzant els recursos, tenint en compte el punt de vista de com volen ser atesos.
- Facilitar, a partir d'un sistema d'informació compartida entre els diferents proveïdors, el compliment del pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC) que es defineix per a cada persona i la comunicació entre els professionals.

Un bon exemple de pràctica col·laborativa pot ser l'**elaboració conjunta** del **pla d'atenció/PIIC**, per mitjà de la metodologia de conferència de cas.^{59,62} Atesos la evidència i les experiències positives en el nostre entorn, es considera necessari que s'estableixin al territori **sessions o conferències de cas** on tots els professionals que participen en l'atenció de les persones amb necessitats complexes puguin treballar de forma col·laborativa. L'objectiu és compartir la informació i arribar a acords amb aquestes persones i la seva família que són necessaris per a l'elaboració del seu pla terapèutic i del PIIC compartit (espais presencials o virtuals amb tots els actors que intervenen en el maneig de cada cas). És imprescindible que hi hagi una adequada selecció dels casos per a un funcionament òptim d'aquesta dinàmica. Actualment s'està desenvolupant un model català de conferència de cas.

6.3.3 Proactivitat i coordinació en les transicions entre nivells assistencials

Les **transicions** són sempre **bidireccionals** entre els serveis assistencials i constitueixen **moments clau i d'especial vulnerabilitat** en què les persones poden presentar pèrdues funcionals o cognitives que comportin canvis bruscs en les necessitats tant d'elles mateixes com dels seus cuidadors. També solen ser moments de canvis en el pla terapèutic.

En relació amb **l'activació des de l'atenció primària** d'un altre recurs assistencial, especialment en les situacions de crisi, descompensació o agudització, cal assegurar-se que:

- Es descriuen els **criteris de bones pràctiques** de derivació de les persones amb necessitats complexes d'atenció des de l'atenció primària als serveis especialitzats en contextos de crisi, descompensació o agudització.
- **S'informa proactivament al servei de destinació** de la situació i dels objectius de cada persona, amb l'objectiu de facilitar la coherència amb el pla d'atenció i el respecte als seus valors i preferències.
- **S'informa a cada persona prèviament a l'alta** del servei de suport que s'ha activat (PADES, HAD, etc.), de la finalitat d'aquesta activació i de quin és el o la professional referent que l'acollirà.

En relació amb el **retorn a l'atenció primària des de un altre recurs assistencial**, cal garantir que:

- Es duen a terme els **contactes anticipats** entre els gestors de cas i, si escau, amb els professionals referents. Cal garantir una accessibilitat òptima a aquests professionals.
- Es contacta anticipadament amb els cuidadors i s'inicien les adequacions domèstiques i el suport dels serveis socials. S'ha de valorar si es disposa de telèfons que permetin una videoconferència amb la persona.
- Es donen els **elements d'educació per a la salut i d'autocura**, la continuïtat de les cures i els contactes després de l'alta, dins el termini i en la forma escaient.
- S'ofereix la **continuïtat, congruència, enriquiment o proposta de modificacions del pla terapèutic** d'origen (incloent-hi els diagnòstics i el pla de medicació).
- S'informa de les **possibilitats de reagudització** i de la proposta d'actuació reactiva, i dels **seguiments** i les proves que cal fer un cop la persona és a casa.
- Especialment **en els casos de més risc o vulnerabilitat al moment de l'alta**, cal tenir en compte: medicacions de gestió complexa, polimedicació, trastorns psicoemocionals, malalties greus, baixa alfabetització, estructura cuidadora feble, condicions socials adverses, necessitats pal·liatives o ingressos hospitalaris de repetició.
- S'informa de **com i amb qui cal contactar** en cas de necessitat (gestors de cas, el o la professional de referència de la persona atesa).

Alguns **elements facilitadors** per garantir les transicions de qualitat són els següents:

- Dins dels **protocols de continuïtat de cures, com el protocol de preparació de l'alta o PREALT**, cal que estiguin degudament diferenciades les actuacions en les **situacions d'alt risc**.
- S'ha de treballar de d'un punt de vista territorial la **presència de l'AP a l'hospital**, per exemple, amb la valoració de l'assistència de gestors de cas d'AP a les sessions clíniques o a les sessions de guàrdia dels hospitals.
- Cal promoure les solucions aportades per **les TIC i la integració de sistemes** (programació de visites entre proveïdors, alertes específiques per a situacions concretes, etc.). És necessari que hi hagi un únic document interdisciplinari que aglutini la informació de tots els professionals que intervenen durant l'ingrés i que és la necessària per planificar el retorn segur al domicili i la continuïtat d'atenció (PREALT) i la informació del procés d'internament amb les propostes de pla terapèutic (informe d'alta).

- **Cal que s'asseguri la conciliació de la medicació i la revisió del pla de medicació**, amb el suport dels farmacèutics clínics de l'atenció primària, un cop les persones arriben al seu domicili habitual.

Es proposa, doncs, un acord territorial específic per a les transicions dins de la ruta assistencial de complexitat (RAC) i els nivells del risc depenent del perfil i situació de les persones amb necessitats complexes d'atenció, on s'han d'especificar els professionals que gestionen les transicions en cada organització, els àmbits de responsabilitat i les condicions d'interrelació.

6.3.4 Propostes específiques en l'atenció urgent 7x24

A cada territori s'han de definir **circuits i aliances** entre els diferents proveïdors d'atenció urgent a les persones amb necessitats complexes d'atenció que s'adaptin a la seva realitat territorial, en el marc de la Comissió Tècnica de l'ACU de l'ENAPISC, d'acord amb el **Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC)**.⁵⁴ Aquests circuits han de ser pactats per tots els agents i dispositius territorials tant sanitaris (CUAP, ACUT, EAP, urgències hospitalàries, 061, SEM, sociosanitari, CSM, etc.) com socials (SSB, TAS, residències, etc.).

Aquest **model territorial**:

- Ha d'incentivar el manteniment de les persones amb necessitats complexes d'atenció al seu entorn comunitari habitual, si aquests així ho decideixen i l'entorn ho permet, amb criteris de seguretat, qualitat d'atenció i factibilitat, amb una potenciació de la integració de l'atenció domiciliària i una dotació adequada dels equips que intervenen al domicili per incrementar la seva capacitat resolutiva.
- Ha d'incentivar l'ús de les urgències d'atenció primària en relació amb les dels hospitals (centres d'urgències d'atenció primària en zones urbanes –CUAP–, punts d'atenció continuada –PAC–, etc.), així com l'atenció al domicili prestada per l'atenció primària de salut.
- Ha de preveure pactes per minimitzar l'espera de les persones derivades des del CAP a les urgències d'hospital.
- Ha d'incloure circuits d'accés preferent i directe a dispositius alternatius a les urgències o hospitalització aguda, com poden ser els ingressos en unitats de subaguts i altres unitats sociosanitàries, en coordinació amb el transport sanitari urgent i no urgent, amb ingrés directe al centre sociosanitari. Davant d'una urgència d'alt component social cal pactar l'ingrés preferent a places residencials assistides.
- Ha de garantir la informació clínica compartida en tots els punts d'atenció urgent o de demanda. Cal que hi hagi accés al PIIC a totes les estacions de treball.
- Ha d'elaborar una estratègia d'informació i comunicació de l'atenció continuada i urgent amb els agents comunitaris. Cal elaborar un microspot que expliqui els recursos sanitaris d'atenció urgent del territori i com fer-ne un ús eficient, que s'ha d'emetre a les pantalles de TV de les sales d'espera dels centres de primària, mitjans de comunicació local, etc.

Cal garantir que cada XAP tingui explicitat el pacte d'atenció 7x24, que ha de preveure totes les franges horàries, totes les ubicacions de la persona i tenir en compte no només les situacions de crisi, sinó també la necessitat de proactivitat per evitar-les.

6.4 Enfocament comunitari



El concepte de salut comunitària és l'expressió col·lectiva de la salut i el benestar de les persones i grups d'una comunitat definida. Està determinada per la interacció de les característiques personals, familiars i entorn social, cultural i físic, així com pels serveis de salut i la influència de factors socials, educatius, polítics i legals.

L'ENAPISC té com a missió impulsar l'evolució del model de l'atenció primària que es fonamenta en el concepte integral de salut, per contribuir a resoldre les necessitats de salut de les persones des de la proximitat i comptant amb la realitat del seu entorn. Es proposa que el sistema de salut faci un viratge del seu enfocament cap a la comunitat i ho faci amb la comunitat. La identificació i priorització de les necessitats d'una comunitat, l'estudi en profunditat del diagnòstic comunitari i la planificació i realització de les activitats, així com el seguiment i l'avaluació dels resultats del procés han de formar part de la cartera de serveis de l'atenció primària. El sistema públic de salut ha de garantir la interacció amb la comunitat per vetllar junts per la seva salut, des de la protecció dels riscos fins a l'atenció a les persones en les etapes finals de la vida.

6.4.1 Sistema de salut al servei de les necessitats de la comunitat (connectar sistemes de salut i necessitats comunitàries)

El sistema de salut ha d'aplicar la metodologia del procediment comunitari i treballar en xarxa amb la resta dels professionals (metges, infermers, treballadors socials, equips territorials de salut pública, equips de salut mental i addiccions, salut laboral, rehabilitació, farmàcia, ensenyament, etc.) per planificar i realitzar les intervencions comunitàries.

En són exemples:

- Programes de salut comunitària adreçats a una o més necessitats prioritàries de la comunitat a l'ABS (abans denominats "Cuidar el cuidador").
- Implementació d'intervencions comunitàries específiques en poblacions vulnerables de l'ABS (abans, tallers d'adequació de l'habitatge).
- Atenció explícita a la reducció de les desigualtats, i en general a promoure l'equitat.

6.4.2 Actius comunitaris i recursos locals al servei de les necessitats de la comunitat

Un actiu és qualsevol recurs que millora la capacitat de les persones, dels grups, de les comunitats, de les poblacions, dels sistemes socials i/o de les institucions per mantenir i conservar la salut i el benestar, així com per ajudar a reduir les desigualtats en salut. La comunitat té un paper clau en la identificació dels

seus propis actius. El sistema de salut ha d'incloure en la seva cartera que es facin les recomanacions a les persones quant a la prescripció social.

En són exemples:

- Programa Pacient Expert.
- Necessitats espirituals (meditació, esglésies, mesquites, etc.).
- Associacions de voluntaris (abans, d'acompanyament, atenció al domicili, etc.).
- Activitats comunitàries de les associacions i entitats (esportives, culturals, etc.).
- Farmàcia comunitària.

6.4.3 Prescripció social

La prescripció social, que també és anomenada derivació a la comunitat o recomanació d'actius, és un mecanisme formal perquè els professionals de l'atenció primària proporcionin alternatives no sanitàries a les persones en situació d'aïllament social o amb risc de patir-ne i/o simptomatologia psicoafectiva. El programa té com a objectiu que disminueixi el risc d'aïllament social de les persones, millorar-ne la salut mental positiva i la qualitat de vida mitjançant la participació en activitats del seu entorn local.

El programa "Prescripció social i salut" (PrSiS) pretén dotar qualsevol professional de l'atenció primària d'eines per facilitar la prescripció social, sempre que estigui indicat que pot beneficiar les persones de manera sistemàtica i avaluada. Per tal de desenvolupar-ho, se n'ha d'oferir formació específica als professionals referents de l'equip d'atenció primària.

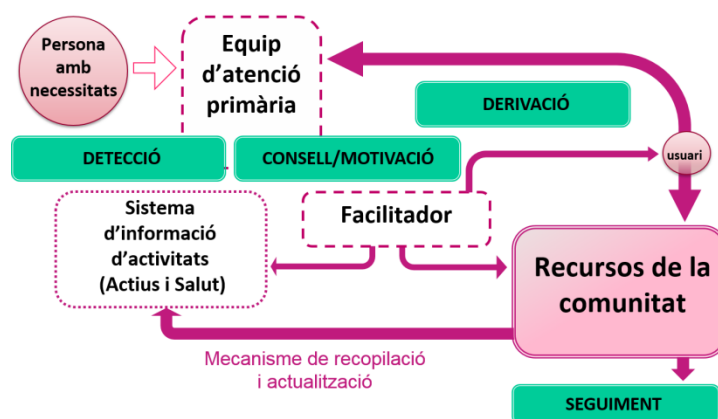


Figura 14. Esquema de les diferents fases del programa PrSiS

6.5 Integració de l'atenció social i sanitària a la XAP



La **integració** entre els diferents **proveïdors i professionals sanitaris i socials** del territori és necessària per poder donar la resposta que les persones amb necessitats complexes requereixen. En aquest sentit, l'**Estratègia d'integració social i sanitària** del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) prioritza diverses línies de millora de la integració de l'atenció a les persones que impliquen canvis en el model d'atenció de l'atenció primària de salut. Entre aquests canvis hi ha els que es relacionen a continuació.

Quan l'atenció de la necessitat de les persones definides com a PCC i/o amb MACA s'ha de dur a terme al domicili, sovint es requereix l'**atenció compartida** amb els equips d'atenció domiciliària i residencial (programa ATDOM dels EAP, PADES, HAD, RHB domiciliària, EAR, equips de cronicitat, GdC, SSB), així com amb els professionals de la cartera de serveis sanitària. Tots aquests professionals han de poder treballar de forma integrada i col·laborativa d'acord amb el que es descriu tot seguit.

6.5.1 Atenció integrada social i sanitària a domicili (no residencial)

D'acord amb el **Programa d'atenció integrada en l'entorn domiciliari (PAID)**, que defineix el PIAISS, des de l'àmbit de la XAP cal assegurar els aspectes descrits a continuació en l'atenció a les persones que són PCC i amb MACA:

- Garantir un **abordatge compartit social i sanitari**, quan sigui necessari. Els serveis socials bàsics i els serveis d'atenció primària de salut han de compartir taules de coordinació territorial.
- Afavorir **àmbits de coordinació del cas** amb els professionals dels serveis bàsics d'atenció social (SBAS), els professionals d'atenció primària de salut i els tècnics d'atenció a la dependència o treballadors familiars que estan en contacte amb les persones al domicili.
- Utilitzar i nodrir d'informació els **sistemes d'informació** que s'habilitin **entre la xarxa social i la sanitària** amb un pacte previ de continguts per respondre a les necessitats de la complexitat. Aspectes com el grau de dependència, grau de discapacitat, recursos socials de què es disposa, agenda compartida de visites al domicili, derivacions i consultes entre recursos, etc.
- Establir circuits i fer operatius els criteris, amb els SBAS, per a la **tramitació ràpida de suport de SAD o similar** en el cas de les persones que són PCC i/o amb MACA en les situacions de canvi brusc o entorn poc cuidador.
- Incloure en els pactes territorials representants i objectius d'integració amb el **servei de teleassistència**, a fi de millorar la continuïtat d'atenció amb aquest servei.
- Impulsar iniciatives com l'activació d'una **xarxa de voluntaris d'acompanyament** de visites en el cas que les persones visquin soles o la família no pugui assumir aquest acompanyament.
- Fer operatiu territorialment el procés de **valoració de la dependència i de redacció del PIA**, a fi d'agilitzar-ne el tràmit de forma conjunta.
- Preveure la possibilitat **d'ingressos residencials urgents**. Preveure l'existència de llits d'internament residencial d'alta rotació com a recurs pont per respondre a urgències socials.

6.5.2 Atenció integrada social i sanitària a les residències assistides

El perfil de complexitat de les persones que viuen en centres residencials tendeix a ser més important que el de les que viuen al domicili. Com a resposta a aquesta complexitat, és necessari que es dugui a terme un **canvi de model d'atenció sanitària integrada a les residències**, que requereix l'existència d'un nou marc normatiu, d'integració o interoperativitat dels sistemes d'informació i d'un redisseny del marc de competències dels professionals sanitaris de les residències, que ha estat desenvolupat dins el PIAISS, d'acord amb els principis de l'ENAPISC.

L'atenció a les residències, amb les seves especificitats, ha d'estar dins del marc de l'**atenció domiciliària integral i de l'atenció continuada 7x24 i urgent** del territori, amb la mateixa cartera de serveis en salut i social i circuits d'atenció. S'ha de fomentar l'atenció de les persones amb reaguditzacions al centre i cal possibilitar-ne l'ingrés directe a recursos intermedis o unitats hospitalàries preestablertes per APS a les diferents rutes assistencials:

- A totes les residències s'ha de garantir de forma progressiva l'accés a la informació sanitària i social de les persones mitjançant una història clínica única d'AP que faci possible que s'aconsegueixi la unificació del pla de cures, de manera que s'ofereixi una atenció integrada que afavoreixi la seguretat i les decisions compartides amb les persones.
- Cada EAP ha de conèixer i ha de valorar el volum i complexitat de les persones ingressades a les residències del seu entorn (residències públiques, concertades, privades, persones amb disminució, etc.), i ha d'articular l'atenció a la complexitat segons el model del territori. Cal que s'adeqüin les càrregues de treball en l'assignació dels equips.
- La responsabilitat de l'atenció sanitària de les persones que viuen en residències recau a l'EAP del seu territori. Per això, cal que els EAP coneguin les ràtios de professionals sanitaris dels centres i la seva formació acadèmica específica i que facilitin mecanismes de coordinació i la seva formació continuada pel que fa als diferents protocols de treball de l'ABS, per tal que les persones siguin ateses amb homogeneïtat de criteris tant al domicili com a la residència. En el cas de les residències pròpies del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, l'equip sanitari de la residència s'ha d'adscriure a l'equip d'APS amb els mateixos drets i responsabilitats que la resta de l'equip. En la resta de les residències, el metge o metgessa de la residència ha de ser un professional que formi part de l'EAP. Quan aquesta residència estigui ubicada en un centre sociosanitari, l'equip sanitari referent ha de ser el del centre sociosanitari, al qual se li han de reconèixer tots els drets i responsabilitats de l'AP i que s'ha de coordinar amb l'EAP de proximitat.
- S'han de crear un Comitè de Direcció Interdepartamental, perquè faci el seguiment semestral del model i propostes de millora, i diferents comitès i comissions territorials. Per tant, cada XAP s'ha de crear un comitè executiu entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i el Departament de Salut, una comissió farmacoterapèutica, i a cada equip d'atenció primària cal formar comitès de coordinació operativa amb les residències assignades, que incloguin, entre altres, sessions clíniques per a l'abordatge

interdisciplinari de casos, amb l'objectiu principal de tenir plans terapèutics i de cures compartits.

6.6 Model d'atenció farmacèutica per a persones identificades com a PCC i amb MACA a la XAP



6.6.1 Àrea del medicament d'atenció primària

L'atenció primària ha de vetllar perquè es dugui a terme una prescripció de qualitat i adequada al conjunt de la població.⁶³ En el cas de les persones amb necessitats complexes de salut, l'objectiu és avançar cap a l'atenció farmacèutica personalitzada en l'entorn de l'AP. Es proposa que els **farmacèutics i farmacòlegs hi participin** i s'integrin dins l'equip multidisciplinari incorporant activitats clíniques i assistencials centrades en les persones en el procés d'harmonització farmacoterapèutica, amb els objectius següents:

- Promoure i participar en els processos de revisió, conciliació i compliment del tractament segons el **model de prescripció centrat en les persones**.^{64,65} En aquest sentit es proposa que:
 - Els farmacèutics elaborin una proposta de recomanacions d'adequació del pla terapèutic per a totes les persones a les quals es prioritzi: nous PCC i/o amb MACA, transicions (especialment a alta hospitalària), o bé a demanda dels professionals de l'equip referent.
 - La proposta es consensi amb els professionals, amb les persones amb necessitats complexes d'atenció i els cuidadors.
 - S'estableixin estratègies específiques amb l'objectiu que les TIC siguin facilitadores d'aquests processos de revisió.
- Unificar i seleccionar el material i la medicació per als maletins d'urgències (provisió de *kits* de medicació per a situacions de reagudització dels PCC i/o amb MACA o per a situacions de fase terminal).
- Coordinar-se amb la farmàcia d'altres nivells assistencials (farmacèutics d'enllaç) per a l'establiment de circuits de comunicació amb el professional referent de la persona o el gestor de cas (missatgeria del SIRE). Conciliació de la prescripció en el cas de les transicions.
- Impulsar programes proactius de gestió de riscos en medicaments i prevenció d'errors de medicació mitjançant intervencions de revisió i millora de la prescripció.

6.6.2 Farmàcia comunitària

Els farmacèutics comunitaris han de participar conjuntament amb els farmacèutics d'AP i els professionals referents de les persones que són PCC i/o amb MACA en la millora de l'**adequació del tractament**. Els farmacèutics d'atenció primària han d'actuar d'enllaç en aquesta feina i l'han de coordinar.

L'oficina de farmàcia ha de dur a terme la **gestió del sistema personalitzat de dosificació (SPD)** amb accés gratuït o amb un preu simbòlic consensuat. És necessari que a cada territori es disposi de la relació de farmàcies acreditades per preparar-lo. Cal que es realitzi una formació conjunta per als professionals

implicats en el maneig del compliment del tractament i s'ha de dissenyar un projecte de millora, procediment i intervenció. Els seus punts clau són els següents:

- Selecció de les persones candidates a SPD: persones amb necessitats més complexes d'atenció, polimedicats, amb dificultat per autogestionar-se el pla de medicació o en absència d'una persona responsable.
- Identificació de la persona cuidadora i col·laboració amb ella: per garantir la correcta administració dels fàrmacs. En cas d'absència de cuidadors, es necessita un treballador o treballadora familiar amb el qual cal coordinar-se per garantir el compliment del tractament.
- Circuits i comunicació amb l'oficina de farmàcia: per a la dispensació en SPD i la detecció de possibles incompliments de tractament o situacions anòmales.

6.6.3 Model d'atenció farmacèutica a les residències

El desenvolupament d'un model d'atenció farmacèutica centrat en les persones implica **canvis organitzatius** del sistema de prestació farmacèutica a les residències, que van des de la provisió de medicaments fins al desenvolupament d'activitats clíniques i de suport per als usuaris i per als professionals sanitaris de les residències.

L'objectiu és avançar cap a una prescripció de medicaments efectiva, segura i eficient, a través d'una **atenció farmacèutica personalitzada**, que afavoreixi l'obtenció de millors resultats en salut de les persones que viuen en residències i que s'ajusti a les seves necessitats i expectatives, així com a les dels professionals.

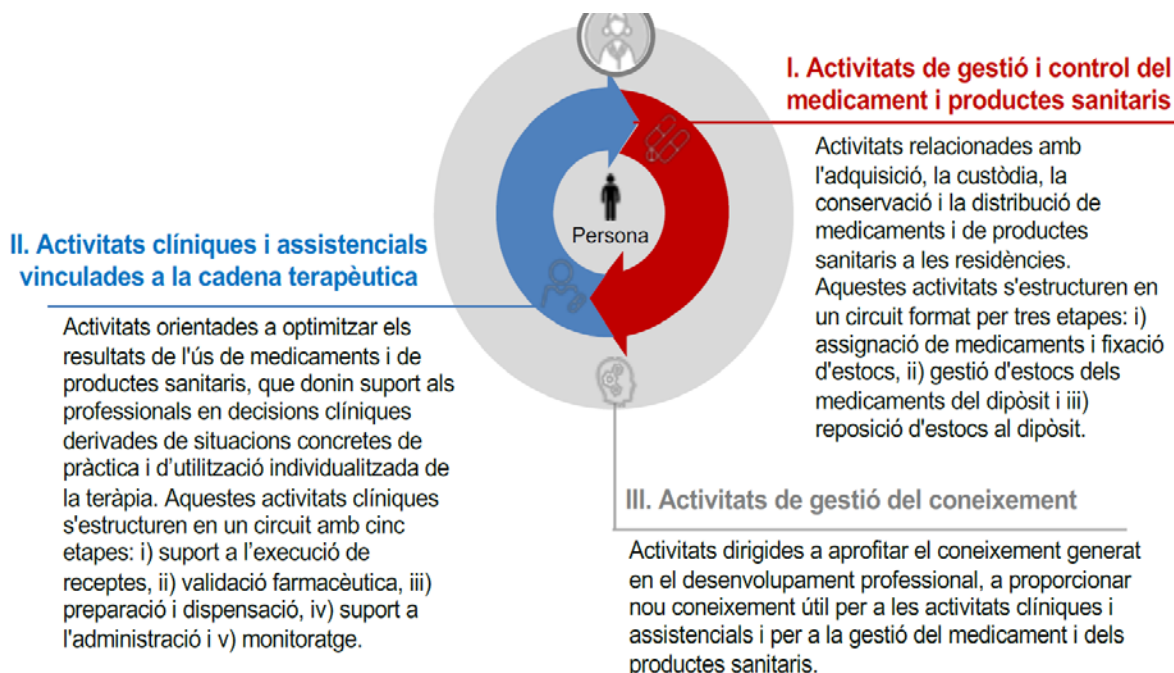
El Servei Català de la Salut ha de desenvolupar i implantar una **guia farmacoterapèutica, GFT**, de manera unificada a totes les residències. La GFT és una relació de fàrmacs adaptada a l'àmbit residencial segons l'eficàcia, seguretat, adequació als residents i cost. Els professionals de l'EAP han de conèixer aquest sistema de provisió de farmàcia i cal que s'ajustin a la GFT. En cal l'adaptació a ECAP i que es faci formació específica del mòdul prescripció-dispensació als professionals.

Cada residència ha de tenir un **dipòsit de farmàcia** degudament acreditat, que ha d'estar vinculat a una oficina de farmàcia o a un servei de farmàcia que sigui responsable de prestar les diferents activitats del nou model d'atenció farmacèutica. S'ha optat per comptar amb els recursos assistencials que estan operatius en el territori: farmacèutics i farmacòlegs d'atenció primària, d'hospitals o de centres sociosanitaris, així com oficines de farmàcia comunitàries. La responsabilitat del control i gestió dels medicaments del dipòsit correspon al servei de farmàcia o l'oficina de farmàcia que proveeix la residència. S'ha de fixar un estoc de medicaments per a situacions d'urgència que ha de ser pactat, acordat i consensuat amb l'EAP. El material de cures, absorbents i fungibles pot servir-se també per estoc als centres.

El nou model definit complementa la provisió de medicaments i de productes sanitaris amb activitats d'alt valor afegit dirigides a maximitzar la qualitat de vida i la seguretat de les persones. Els farmacèutics

vinculats als serveis de farmàcies o les oficines de farmàcia de referència han d'oferir a les residències les **tres tipologies diferents d'activitats** que s'indiquen a la figura següent (figura 15).

Figura 15 . Activitats bàsiques de la cartera de serveis dels farmacèutics



6.7 Formació, recerca i innovació



La formació, la recerca en salut i la innovació sanitària són instruments fonamentals per incrementar la capacitat professional, millorar el coneixement i generar noves evidències en els models d'atenció. En el cas específic de la cronicitat complexa, esdevenen les pedres angulars per garantir una millor qualitat dels serveis de salut, unes cures més ètiques i eficients per a les persones i la millor inversió de futur per respondre a les seves necessitats.

6.7.1 Formació dels professionals

Un dels principals reptes de l'ENAPISC és afrontar amb la **màxima competència professional** els problemes de salut derivats de la cronicitat i complexitat i assegurar que les capacitats dels professionals se centren en les necessitats de les persones, les famílies, els cuidadors i la comunitat. Davant d'aquesta situació, les **especialitats d'atenció familiar i comunitària** desenvolupen un paper clau tant per la formació especialitzada rebuda com per la formació continuada.

Els **programes de residència** d'atenció familiar i comunitària, tant dels metges com dels infermers, tenen molts punts de coincidència en l'orientació de continguts competencials dirigits a la prestació de cures i a

l'atenció clínica sota criteris de longitud i de continuïtat assistencial d'aquests problemes i necessitats de salut cada cop més complexos.

És necessari que **s'aprofundeixi en la formació geriàtrica i en cures pal·liatives**, ja que moltes de les eines que s'utilitzen en l'atenció a les persones amb necessitats complexes d'atenció es basen en l'evidència científica i en la consistència que tenen aquestes eines.

Així doncs, cal que la direcció de la XAP:

- **Promogui la formació contínua dels professionals**, instant els professionals i els proveïdors a millorar i augmentar els recursos en formació dins del l'àmbit comunitari, especialment enfocat a un maneig integral i integrat de les persones que són PCC i amb MACA. Cal preveure aquesta formació des d'una perspectiva molt transversal i molt pràctica, donant sentit al treball interdisciplinari dels professionals de la XAP. Els continguts han d'incloure són els que es detallen tot seguit.

Formació global (especialment dirigida a metges, infermers i treballadors socials)

- Aproximació conceptual i pragmàtica als conceptes de complexitat, multimorbiditat, PCC, MACA, fragilitat, etc.
- Diagnòstic situacional, d'acord amb l'avaluació multidimensional (valoració geriàtrica integral, etc.) i de les necessitats de les persones.
- Coneixement dels instruments que s'utilitzen més habitualment en l'atenció a les persones que són PCC i amb MACA: NECPAL, VGI, PIIC, etc.
- Maneig de les síndromes geriàtriques i símptomes amb més impacte en les persones que són PCC i/o amb MACA: disfàgia, caigudes, polimedicació, delírium, dolor, dispnea, etc.
- Formació específica sobre presa de decisions complexes, presa de decisions anticipada (PDA) i competències relacionades (habilitats comunicatives, etc.)
- Eines de millora de la prescripció farmacèutica i prescripció centrada en la persona, incloent-hi la millora del compliment del tractament.
- Paper dels sistemes d'informació i les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC).
- Treball interdisciplinari (concepte i elements facilitadors).

Formacions específiques

- Formació als professionals administratius sanitaris perquè donin un servei específic expert en l'entorn de l'atenció primària de salut.
- Espais de formació específica i conjunta en el maneig de la complexitat per als professionals implicats en l'atenció continuada i urgent del territori (SEM, HA, APS, ACU, HAD), amb l'objectiu de compartir experiències, aspectes organitzatius, criteris ètics, circuits, informació de recursos. També en recursos d'urgències de salut mental.

- **Faciliti l'accés als programes i les activitats** en el marc del desenvolupament continu individual (DCI) de tots els professionals. És imprescindible que es camini cap a la instauració de sistemes de recertificació periòdica de la competència i que es garanteixi en els contractes la disponibilitat de temps per a la formació.
 - Facilitar als professionals dels EAP la formació en el servei per mitjà d'estades formatives en recursos sociosanitaris domiciliaris o d'ingrés, serveis hospitalaris específics (per exemple, UIC, PADES, UFISS geriàtriques o pal·liatives), etc.

6.7.2 Recerca i innovació

L'AP ha de poder **liderar** projectes de recerca sobre persones identificades com a PCC i amb MACA i **coparticipar-hi**, ja que majoritàriament aquestes persones són ateses pels professionals d'aquest àmbit.^{5,66} Això inclou tant aspectes relacionats amb l'epidemiologia d'aquestes persones com les seves característiques clíniques, les seves necessitats i les dels seus cuidadors, com també els relacionats amb el model d'atenció, des d'una perspectiva de quàdruple objectiu,¹ i amb el context assistencial.

Certament, hi ha una extensa **tradició en la recerca en l'àmbit d'atenció primària** que cal potenciar. Aquesta recerca inclou des de propostes relacionades amb el dia a dia assistencial (l'entorn on tots els professionals poden tenir la oportunitat de realitzar propostes específiques) fins als projectes més ambiciosos de nivell nacional i internacional, que també són de gran interès. En aquest sentit, existeixen entorns de recerca (universitats, instituts de recerca, grups de recerca, etc.) amb els quals cal fomentar aliances estratègiques o convenis de col·laboració per afavorir-ne la promoció.

Algunes de les **línies de recerca que han de promoure** les XAP són les següents:

- Epidemiologia de les persones que són PCC i/o amb MACA. Cribratge, característiques clíniques, perfil de les seves necessitats i de les dels seus cuidadors.
- Qualitat de vida i experiència d'atenció de les persones que són PCC i/o amb MACA. Validació d'instruments que permetin aquesta aproximació. Models avaluatius d'atenció centrada en la persona.
- Models d'atenció en àmbits específics: atenció domiciliària, atenció a les residències, etc. Avaluació de resultats des d'una perspectiva de quàdruple objectiu.
- Anàlisi de les diferències territorials (índex de referència) en els resultats d'atenció a les persones, causes i propostes de millora.
- Anàlisi de la complexitat clínica i social. Mesurament de la fragilitat i diagnòstic situacional de la persona.
- Presa de decisions compartida i presa de decisions anticipades.
- Promoció de la recerca en determinants socials i desigualtats en salut que estiguin relacionats amb la presència de cronicitat i complexitat en els diferents grups de població.

- Propostes de millora de la prescripció farmacèutica. Anàlisi d'instruments i models específics per a l'adequació de la prescripció. Avaluació del compliment de tractament. Risc iatrogènic. Avaluació de models interdisciplinaris (per exemple, amb la incorporació de farmacèutics i farmacòlegs amb funcions clínic-assistencials, i integrats o col·laborant amb l'equip referent).
- Recerca sobre pràctiques col·laboratives, instruments facilitadors i models territorials en l'atenció a les persones que són PCC i/o amb MACA, fomentant el treball col·laboratiu de recerca entre els professionals i/o institucions de diferents territoris, àmbits assistencials i interdisciplinari.

Finalment, un element clau de present i futur passa per **incorporar les persones**, és a dir, les persones amb necessitats complexes d'atenció, pacients experts, membres d'associacions de malalts, agents comunitaris, familiars i cuidadors, etc., en la identificació dels àmbits de recerca que més els importin, així com en el codisseny d'alguns dels projectes.

6.8 Tecnologies de la informació i monitoratge de resultats



6.8.1 Tecnologies de la informació

Per garantir la continuïtat assistencial, cal assegurar una **informació clínica compartida** a tots els recursos i nivells assistencials, amb una visió social i sanitària. Així, les eines telemàtiques i els sistemes d'informació prenen un paper rellevant per reforçar la seguretat clínica relacionada amb la continuïtat de l'atenció a les persones i la seva família.

D'una banda, la **història clínica compartida de Catalunya (HC3)**, que a mitjà termini s'ha de fusionar amb l'ECAP, esdevenint un sol historial electrònic de salut (el repositori funcional i tècnic de tota la informació clínica dels ciutadans), ha permetre que es comparteixi la informació per a la correcta presa de decisions assistencials i la comunicació entre els professionals dels diferents recursos i nivells assistencials. Cal que cada dia més s'ofereixi des d'aquesta eina una informació integrada per als professionals, de manera que s'eviti que hagi de buscar la informació clau del procés entre diferents programes informàtics o diferents pantalles d'un mateix programa.

De l'altra banda, la clau de la intercomunicació entre els nivells assistencials s'ha d'assegurar mitjançant el **projecte d'interoperabilitat iS3**, que ha de fer possible que els professionals prenguin decisions basant-se en un procés definit d'atenció a la cronicitat. Aquesta eina ha de posar a disposició dels professionals les diferents opcions diagnòstiques, terapèutiques i d'interconsulta amb altres professionals sense que calgui sortir d'una única vista de pantalla, si és possible, de manera que s'hi obtingui tant la informació pròpia d'ECAP com la provinent d'altres sistemes. En el marc del que s'anomena intel·ligència activa, l'ECAP ha d'oferir propostes de probabilitat de contextos o esdeveniments futurs que poden tenir els ciutadans basant-se en la informació estructurada de l'estació de treball. L'objectiu final és que es disposi d'un entorn de treball integrat amb tots els equips d'atenció que intervenen en el conjunt del procés de

cronicitat, per tal de tenir a l'abast la mateixa informació i d'ajudar a prendre decisions compartides, tant els de l'AP com els dels altres nivells assistencials implicats.

Dos aspectes a reforçar i a potenciar en el futur en relació amb la promoció de l'autonomia de la persona són el foment de la seva relació electrònica amb els professionals i el seu apoderament mitjançant l'autocura. Per fer possible aquests dos aspectes, cal desenvolupar **funcionalitats de La Meva Salut** de manera coordinada amb les diferents necessitats dels usuaris, en el context del procés de cronicitat definit.

D'acord amb les línies descrites i per garantir una correcta atenció a les persones en situació de cronicitat complexa cal:

- Incorporar tots els proveïdors comunitaris de la XAP en una **única estació clínica de treball (ECAP)**.
- Garantir que als sistemes d'informació de tots els proveïdors del sistema sanitari i social es pugui **visualitzar la identificació de les persones que són PCC o amb MACA** (domicili, hospital, 061, CSS, CSM, residències, etc.), és a dir, a **cada estació clínica** de treball de cada proveïdor, a més de a l'HC3, i amb un accés molt àgil al PIIC.
- Identificar **de manera totalment automàtica** les persones amb **MACA, identificació que és equivalent a la codificació internacional de final de vida** (V66.7 a CIM9MC , Z51.5 a CIM10MC o A99.01).
- **Fer el desenvolupament de l'ECAP:**
 - Davant la necessitat de sistematitzar l'avaluació multidimensional de les persones amb necessitats complexes, **cal que l'ECAP inclogui la valoració geriàtrica integral**, així com un **sistema ràpid d'avaluació multidimensional**, instruments que s'han d'integrar en el disseny del procés assistencial d'atenció a aquestes persones.
 - Es considera clau que s'hi inclogui un **pla unificat d'atenció**, que sigui més ampli que el pla de medicació i que incorpori també altres tipus de prescripcions (articles ortoprotètics, teràpies respiratòries al domicili, diàlisi peritoneal, prescripció social, etc.) i les recomanacions de salut que considerin tant els metges com els infermers i TSS. Aquest pla unificat d'atenció pot comptar amb un mòdul específic a l'ECAP i s'ha de poder utilitzar per a les persones identificades com a PCC i/o amb MACA i també per a les persones que viuen en residències socials. Aquest pla ha de ser compartit a l'HC3 i integrat mitjançant iS3 a les estacions clíniques de treball sempre que faci falta. Cal que un resum d'aquest pla el puguin visualitzar de manera ràpida els professionals dels diferents nivells assistencials.
 - Cal que hi hagi **accés al PIIC des de la pantalla de prescripció i seguiment clínic**, per tal d'adequar les accions a realitzar tant des de la vesant clínica com terapèutica en el supòsit de les persones amb condicions cròniques. S'ha de desenvolupar la pantalla de tractament no farmacològic per poder afinar altres mesures a aplicar en el cas dels identificats com a PCC i/o amb MACA.
 - És necessari que es **visualitzi a l'ECAP el curs clínic del SEM**. És important que la informació clínica de les trucades ateses pels professionals sanitaris del SEM siguin visibles per als de l'atenció primària. De la mateixa manera, pel que fa als informes d'atenció dels serveis del SEM (a domicili o trasllats).
 - Cal que es desenvolupi un **espai específic** a l'ECAP amb els elements necessaris d'**atenció a les residències**, que permeti el registre i seguiment de les cures i estigui vinculat al pla unificat

d'atenció de la persona. S'ha de fer l'adaptació del mòdul de prescripció/dispensació de la medicació a les residències.

- S'ha de desenvolupar un **mòdul específic per a persones amb necessitats complexes** (PCC/MACA).
- Disposar, dins de la mateixa estació clínica de treball, de **vies de contacte telemàtiques directes** i que tots els professionals del territori puguin identificar fàcilment (**telèfons de contacte i correus electrònics**), i alhora de canals de comunicació (**xatSalut**) entre els diferents equips professionals i amb les persones ateses.
- Estructurar algunes parts **del PIIC i visualitzar un registre evolutiu** dels punts rellevants del PIIC. El PIIC també ha de permetre que es pugui conèixer quan el motiu de la complexitat és social i ha de ser visible des de tots els nivells assistencials. El PIIC s'ha de poder actualitzar a partir de l'edició de la versió anterior i ha de tenir un abocament automàtic d'informació seleccionada del pla unificat d'atenció de la persona.
- Implementar, d'acord amb les necessitats territorials, la **utilització d'alarmes** davant de situacions clíniques concretes (per exemple, avís de reingrés urgent d'una persona que és PCC i/o amb MACA, avís d'alta freqüentació de trucades al 061, etc.). Mitjançant missatges de notificacions i esdeveniments d'IS3 aquestes alertes han de quedar integrades a totes les diferents estacions de treball de manera telemàtica.
- Aplicar la utilització dels **circuits assistencials definibles mitjançant IS3**, per agilitar circuits i optimitzar el temps dels professionals assistencials.
 - Cal promoure les eines de programació entre els diferents dispositius d'atenció primària, hospitals, centres sociosanitaris i la resta de serveis de la xarxa de manera bidireccional (sanitaris i també socials) per facilitar la continuïtat de l'atenció.
 - Cal estendre la utilització de la intel·ligència activa en aquests circuits.
 - Cal possibilitar la derivació als metges, infermers i treballadors socials de manera bidireccional.
 - I també cal utilitzar notificacions entre els dispositius a través d'IS3 (PREALT en línia, propostes de marcatge des de l'hospital o els centres sociosanitaris, etc.).
- Establir mesures organitzatives i tecnològiques que garanteixin que la informació clínica sigui compartida entre els diferents equips i professionals que treballen en l'**àmbit domiciliari**, tant de l'àmbit de l'atenció primària de salut com dels serveis bàsics d'atenció social.
- Disposar dins de l'HC3 d'una **agenda global de cada persona** que inclogui les visites de salut (AP, RHB, PADES, HAD, hospital de dia, consultes externes, etc.) com les del SAD social, SBAS, SEVAD, etc.
- Millores en la **comunicació telemàtica a l'atenció primària i oficines de farmàcia** que permetin més continuïtat en la informació assistencial i un millor consell adaptat a les necessitats de cada persona.

6.8.2 Monitoratge de resultats

Aquest document de recomanacions tècniques en atenció a la cronicitat i complexitat per a l'atenció primària és la base per implementar un nou model assistencial, alhora que és també el punt de partida

sobre el qual s'han d'establir els indicadors de seguiment i avaluació del procés assistencial, dels objectius i de les accions en l'atenció a la cronicitat i complexitat.

En un document addicional, s'ha d'oferir un context homogeni d'avaluació orientada als resultats, fiable, que sigui d'ajuda tant per a la presa de decisions clíniques com per al seguiment de la implementació dels elements clau de la gestió, avançant en la inclusió d'indicadors de resultats percebuts per les persones amb visió de quàdruple perspectiva:¹

- De **salut i benestar** de les persones ateses
- D'**experiència** d'atenció rebuda per part dels usuaris i els **cuidadors**
- D'**experiència** d'atenció prestada pels **professionals**
- D'adequació de la **utilització dels serveis i eficiència**

Aquest marc avaluatiu d'atenció a la cronicitat i la complexitat és conformat per un conjunt d'indicadors d'avaluació i seguiment que han d'estar tant a disposició dels òrgans de seguiment de l'ENAPISC com de les comissions clíniques, de les xarxes d'atenció primària i dels seus professionals i ciutadans.

Així mateix, a mesura que la metodologia d'avaluació tingui robustesa, i que les mesures de resultat obtingudes es puguin utilitzar per mesurar el valor que aporta l'Estratègia, es poden fer servir per ponderar el sistema de compra i el pagament de serveis assistencials.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12(6):573-6.
2. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges. Copenhagen: 2010 [Consulta: 1 de setembre de 2016]. Disponible a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf
3. United Nations Department of Economic and Social Affairs (DESA). Population Prospects for the Twenty-First Century: The 2010 United Nations Projections. *Popul Dev Rev* 2011;37(June):407-11.
4. United Nations D of E and SAPD, United Nations, Department of Economic and Social Affairs PD. World Population Ageing 2013. New York: 2013 [Consulta: 20 de juny de 2009]. Disponible a: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
5. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L CX, Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat Med* 2014;28(4):302-11.
6. Bodenheimer T, Berry-millett R, Francisco S. Care management of patients with complex health care needs. *Synth Proj Res Synth Rep* 2009;19:1-39.
7. Manchester J, Schwabish JA. The Long-Term Budget Outlook in the United States and the Role of Health Care Entitlements. *Natl Tax J* 2010;63(2):285-305.
8. Picker Institute. The Eight Principles of Patient-Centered Care. Eight Princ. Patient-Centered Care. 2015.
9. PIAISS. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. 2016.
Disponible a:
http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS_atencio_centrada_en_la_persona_201601.pdf
10. Centre de terminologia de la llengua catalana (Termcat). Terminologia de la cronicitat. Terminol la cronicitat 2013.
11. Kuipers, P., Kendall, E., Ehrlich, C., McIntyre, M., Barber, L., Amsters, D., Kendall, M., Kuipers, K., Muenchberger, H. & Brownie S. Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs. 2011. Disponible a: <http://www.health.qld.gov.au/ahwac/docs/cet/complexcarefull1.pdf>
12. Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur. J. Intern. Med.* 2007;18(5):359-68.
13. Gask L, Klinkman M, Fortes S, Dowrick C. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry* 2008;23(7):469-76.

14. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med* 2015;6(2):189-194.
15. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Ann. Fam. Med.* 2009;7(4):357-63.
16. Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient complexity: More than comorbidity. The vector model of complexity. *Journal of General Internal Medicine.* 2007. p. 382-90.
17. Cook DA, Beckman TJ, Thomas KG, Thompson WG. Introducing resident doctors to complexity in ambulatory medicine. *Med Educ* 2008;42(8):838-48.
18. Conklin J. Wicked Problems & Social Complexity. *Dialog Mapping: Building Shared Understanding.* 2005. p. 20.
19. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci* 1973;4(2):155–69.
20. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CDJ. A Method for Defining and Estimating the Palliative Care Population. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:5-12.
21. Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The Public Health Strategy for Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:486-93.
22. Webster R, Lacey J, Quine S. Palliative care: a public health priority in developing countries. *J Public Health Policy* 2007;28:28-39.
23. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, Ledesma A. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012;6:371-8.
24. Ritchie CS, Zulman DM. Research priorities in geriatric palliative care: multimorbidity. *J Palliat Med* 2013;16:843-7.
25. Ela S, Espinosa J, Martínez-Muñoz M, et al. The WHO collaborating centre for public health palliative care programs: an innovative approach of palliative care development. *J Palliat Med* 2014;17:385-92.
26. McIlfatrick S, Noble H, McCorry NK, et al. Exploring public awareness and perceptions of palliative care: a qualitative study. *Palliat Med* 2014;28:273-80.
27. Beider S. An ethical argument for integrated palliative care. *Evidence-based Complement. Altern. Med.* 2005;2:227-31.
28. Boyd K, Murray SSA. Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ* 2010;341:c4863.
29. Gómez-Batiste X, Blay C, Broggi MA, et al. Ethical Challenges of Early Identification of Advanced Chronic Patients in Need of Palliative Care. *J Palliat Care* 2018.
30. Abizanda Soler P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ. [Frailty detection and

prevention: a new challenge in elderly for dependence prevention]. *Med Clin (Barc)* 2010;135(15):713-9.

31. Amblàs-Novellas J, Casas S, Catalan RM, Oriol-Ruscalleda M, Lucchetti d'Aniello GE, Quer-Vall FX. Innovando en la toma de decisiones compartida con pacientes hospitalizados: descripción y evaluación de una herramienta de registro de nivel de intensidad terapéutica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016;51(3):154-8.
32. Murray SA, Kendall M, Mitchell G, Moine S, Amblàs-Novellas J, Boyd K. Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*. 2017;356.
33. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363(8):733-42.
34. Parikh R, Kirch R, Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ TJ. Early specialty palliative care-translating data in oncology into practice. *New Engl J Med* 2013;369(24):2347-51.
35. Howie L, Peppercorn J. Early palliative care in cancer treatment: rationale, evidence and clinical implications. *Ther Adv Med Oncol* 2013;5(6):318-23.
36. Thoonsen B, Vissers K, Verhagen S, et al. Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2015;16:126.
37. Limón E, Blay C, Burdoy E. A propòsit del CAAPS sobre fragilitat i cronicitat complexa: algunes lliçons apreses. 35:1-3.
38. Morley MB JE, Little DO MO, Berg-Weger M. Rapid Geriatric Assessment: A Tool for Primary Care Physicians. *J Am Med Dir Assoc* 2016;18(3):195-9.
39. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:722-7.
40. Amblàs-Novellas J, Martori J, Molist Brunet N, Oller R, Gomez-Batiste X, Espauella J. Índice Frágil-VIG: diseño y evaluación de un Índice de Fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016;52(3):119-23.
41. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, et al. Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr* 2018;18(1).
42. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ* 2011;343:d6799.
43. Blay C, Burdoy E, Limón E. Monografies CAAPS: Abordatge del pacient amb fragilitat i cronicitat complexa. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2015.
44. Esteban-Pórez M, Grau IC, Castells Trilla G, et al. Complejidad asistencial en la atención al final de la vida: criterios y niveles de intervención en atención comunitaria de salud. *Med Paliativa* 2015;22(2):69-80.
45. Busquet i Duran X. L'Hexàgon de la Complexitat (HexCom). Intercambios, papeles psicoanàlisi/Intercanvis, *Pap psicoanàlisi* 2017;(38):86-106.
46. Torres-Arreola L del P, Vladislavovna Doubova S, Reyes-Morales H, Pablo Villa-Barragán J,

Constantino-Casas P, Pérez-Cuevas R. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Atención Primaria* 2006;38(7):381-6.

47. Henderson V. Principios Básicos de los cuidados de enfermería. 1961.
48. Gordon M. Manual of nursing diagnosis, eleventh edition. Dimens Crit Care Nurs 2007.
49. Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. *J Palliat Med* 2006;9:1120-7.
50. Maté-Méndez J, González-Barboteo J, Calsina-Berna A, et al. The Institut Català d'Oncologia model of palliative care: An integrated and comprehensive framework to address the essential needs of patients with advanced cancer. *J Palliat Care* 2013;29:237-43.
51. Coulter A. Delivering better services for people with long-term conditions Building the house of care. 2013 [cited 2014 Dec 21]. Disponible a: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Delivering+better+services+for+people+with+long-term+conditions+Building+the+house+of+care#0>
52. Coulter A, Collins A. Making decision-making a reality No decision about me, without me. *Kings Fund* 2011;1-56.
53. Amblas, J. Bailo, L. Bertran-Muñoz, J. Berenguer J and cia. Model català de planificació de decisions anticipades. 2015.
54. Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ* 2017;356.
55. Fontecha-Gómez BJ, Amblàs-Novellas J, Betancor-Santana É, et al. Regional protocol for adjusting the therapeutic intensity. Southern Metropolitan Area of Barcelona. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2018.
56. Álvarez A, Bertran M, Carreres A. Recomanacions i proposta de bones pràctiques en la redacció de Plans d' intervenció individualitzats i compartits (PIIC 2 . 0). 2015;1-15.
57. Departament de Salut. Model organitzatiu d'atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de la vida. *Dep Salut* 2018.
58. CMSA. Standards of Practice for Case Management. *Case Manag Soc Am* 2010;12:5.
59. Mitchell GK, Del Mar CB, O'Rourke PK, Clavarino AM. Do case conferences between general practitioners and specialist palliative care services improve quality of life? A randomised controlled trial (ISRCTN 52269003). *Palliat Med* 2008.
60. Fogarty J, Baker R. Case studies in the use of ROC curve analysis for sensor-based estimates in human computer interaction. *Proc Graph Interface* 2005;129:36.
61. Phillips JL, West PA, Davidson PM, Agar M. Does case conferencing for people with advanced dementia living in nursing homes improve care outcomes: Evidence from an integrative review? *Int. J. Nurs. Stud.* 2013.
62. Huntley AL, Thomas R, Mann M, et al. Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*

2013;30(3):266-75.

63. Pla de Salut 2011-2015. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC). Generalitat de Catalunya. Versió 1.2. Abril 2014. Ús racional de medicaments. Maneig bàsic de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència.
64. Molist Brunet N, Espauella Panicot J, Sevilla-Sánchez D, et al. A patient-centered prescription model assessing the appropriateness of chronic drug therapy in older patients at the end of life. *Eur Geriatr Med* 2015;6(6).
65. Espauella-Panicot J, Molist-Brunet N, Sevilla-Sánchez D, et al. Patient-centred prescription model to improve adequate prescription and therapeutic adherence in patients with multiple disorders. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2017;52(5).
66. Blay C, Limón E. Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als elements operatius. Barcelona: 2016.
67. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 7718-3.10.2018 CVE-DOGC-A-18270025-2018.

Acrònims utilitzats

7x24	atenció les 24 h els 7 dies de la setmana
ABS	àrea bàsica de salut
ABVD	activitats bàsiques de la vida diària
ACP	atenció centrada en la persona
ACUT	atenció continuada i d'urgències de base territorial
AGA	àrea de gestió assistencial
AI	atenció intermèdia
AIVD	activitats instrumentals de la vida diària
AP	atenció primària
ATDOM	atenció domiciliària
CAP	centre d'atenció primària
CAP-II	centre d'atenció primària on es presten serveis especialitzats
CE	consultes externes
CdeC	conferència de cas
CDIAP	centre de desenvolupament infantil i atenció precoç
CMA	cirurgia major ambulatoria
CSMA	centre d'atenció a la salut mental d'adults
CSMIJ	centre d'atenció a la salut mental infantojuvenil
CUAP	centre d'urgències d'atenció primària
DS	Departament de Salut
DTASF	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies
EAIA	equip d'avaluació integral ambulatoria
EAP	equip d'atenció primària
EAPS	equip d'atenció psicosocial
EAR	equip d'atenció residencial
EC	equip de capçalera
ECAP	estació clínica d'atenció primària
ECG	electrocardiograma
ENAIC	Estratègia nacional d'atenció integrada a la cronicitat
ENAPISC	Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària
ESIC	equip de suport integral a la complexitat
FdV	final de vida

Procés assistencial d'atenció a la cronicitat i la complexitat a la xarxa d'atenció primària

GC	gestor o gestora del cas
GDS	escala de deteriorament global de Reisberg
GFT	guia farmacoterapèutica
GMA	grup de morbiditat associada
HA	hospital d'aguts
HaD	hospitalització a domicili
HDia	hospital de dia
HC3	historia clínica compartida de Catalunya
HIV/sida	virus de la immunodeficiència humana/síndrome d'immunodeficiència adquirida
IEMAC	instrument per a l'avaluació de models d'atenció davant la cronicitat
IEXPAC	instrument d'avaluació de l'experiència del pacient crònic
IFIC	infermeria familiar i comunitària
MACA	malaltia avançada crònica
MFIC	medicina familiar i comunitària
MHDA	medicació hospitalària de dispensació ambulatoria
MPOC	malaltia pulmonar obstructiva crònica
NECPAL	instrument d'identificació de persones amb malaltia avançada i necessitat d'atenció pal·liativa
PAC	punt d'atenció continuada
PAO	prestacions i articles ortoprotètics
PADES	programa d'atenció domiciliària i equips de suport
PAID	programa d'atenció integrada a domicili
PCC	pacient crònic complex
PCE-CAT	Programa Cuidador Expert Catalunya
PDA	planificació de decisions anticipades
PDSS	pla director sociosanitari
PIAISS	Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària
PIIC	pla d'intervenció individual compartit
PPAC	Programa de prevenció i atenció a la cronicitat
PE	professional expert
PPE-CAT	Programa Pacient Expert Catalunya
PR	professional referent
PREALT	protocol de preparació de l'alta

Procés assistencial d'atenció a la cronicitat i la complexitat a la xarxa d'atenció primària

PREM	resultats d'experiència d'atenció
PROM	resultats de salut
RAC	ruta d'atenció a la complexitat
RHB	rehabilitació
RHB-d	rehabilitació a domicili
RX	raigs X o radiologia
SAD	servei d'ajuda a domicili
SBAS	serveis bàsics d'atenció social
SEM	Sistema d'Emergències Mèdiques
SEVAD	servei de valoració de la dependència
SIRE	sistema integrat de recepta electrònica
SM	salut mental
SMiA	salut mental i addiccions
SOC	serveis socials
SPD	sistema personalitzat de dosificació de medicaments
SUH	servei d'urgències hospitalari
SS	sociosanitari
SSB	serveis socials bàsics
TC	<i>Terminologia de la cronicitat</i>
TCA	trastorn de la conducta alimentària
TDAH	trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat
TEA	trastorn del espectre autista
TIC	tecnologies de la informació i la comunicació
TOC	trastorn obsessiu compulsiu
TRD	teràpies respiratòries domiciliàries
TSI	targeta sanitària individual
TSNU	transport sanitari no urgent
TSS	treballadors socials sanitaris
TSU	transport sanitari urgent
UCIES	urgències
UED	unitats d'expertesa a domicili
VGI	valoració geriàtrica integral
XAP	xarxa d'atenció primària